



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“CONHECER PARA PREVENIR” - PROMOÇÃO DA LITERACIA SOBRE O CANCRO COLON RETAL

Gilberto Manuel Gonçalves Martins

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“CONHECER PARA PREVENIR” - PROMOÇÃO DA LITERACIA SOBRE O CANCRO COLON RETAL

Gilberto Manuel Gonçalves Martins

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Doutora Ana Paula Gato, pela disponibilidade, orientação, e todo o apoio e aconselhamento neste meu percurso.

Um especial agradecimento ao Enfermeiro Luís Pacheco, especialista e mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pela motivação e orientação durante os estágios.

À Enfermeira Tânia Ferreira, especialista em Enfermagem de Reabilitação, pelas palavras amigas, de carinho, incentivo e de força que sempre demonstrou.

Às equipas da Unidade de Saúde Familiar e da IPSS pela colaboração e apoio.

Aos meus familiares e amigos pelo apoio.

A todos, o meu OBRIGADO.

INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento dos Centros de Saúde
AINE	Anti-inflamatório Não Esteroide
CCR	Cancro do Cólon e Reto
CDP	Centro Diagnóstico Pneumológico
COX-2	Ciclo-Oxigenase 2
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
SNS	Serviço Nacional de Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAF	Polipose Adenomatosa Familiar
PNDO	Plano Nacional de Doenças Oncológicas
PNPCDO	Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas
PNS	Plano Nacional de Saúde
PSOF	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
SPG	Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Família

RESUMO

As doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral. O reconhecimento destes factos levou à elaboração do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO). O cancro do cólon e reto é o segundo tipo de neoplasia com maior incidência a nível nacional e o terceiro na região de Almada-Seixal.

Este projeto de intervenção teve como objetivo geral promover a literacia sobre o cancro colon retal. O projeto, baseado na metodologia de planeamento em saúde, foi desenvolvido numa IPSS do concelho de Almada, tendo como população alvo os funcionários da instituição. O diagnóstico de situação a partir de dados epidemiológicos e da aplicação de um questionário, possibilitou identificar o défice de conhecimentos da população alvo sobre esta neoplasia, tendo sido desenvolvidas ações de educação para a saúde que permitiram aumentar os conhecimentos sobre a patologia, o seu impacto e as medidas de prevenção, promovendo assim a literacia em saúde sobre o cancro colon retal.

Descritores: cancro colon retal; literacia em saúde; prevenção; conhecimentos

ABSTRACT

Cancer diseases are the second leading cause of death in Portugal and have a profound impact on patients, families and society in general. Recognition of these facts led to the elaboration of the National Plan for the Prevention and Control of Oncological Diseases (PNPCDO). Colon and rectal cancer is the second most prevalent type of cancer nationwide and the third in the Almada-Seixal region.

This intervention project aimed to promote literacy about rectal cancer. The project, based on the health planning methodology, was developed in an IPSS of the municipality of Almada, targeting the institution's employees. The diagnosis of the situation based on epidemiological data and the application of a questionnaire made it possible to identify the knowledge deficit of the target population about this neoplasm. Health education actions were developed to increase knowledge about the disease, its impact and prevention measures, thereby promoting health literacy on colon rectal cancer.

Keywords: rectal colon cancer; health literacy; prevention; knowledge

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 - Modelo de promoção de saúde de Nola Pender	32
Figura 2 - Grelha de análise do problema	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico 1 - Distribuição percentual de óbitos por algumas causas de morte, no período de 2011 a 2016	16
Gráfico 2 - Óbitos por tumores malignos no período de 2012 a 2016 por faixa etária	16
Gráfico 3 - Óbitos por tumores malignos no período de 2012 a 2016 por género	17
Gráfico 4 - Distribuição percentual dos óbitos causados por tumores malignos, Portugal, 2006 e 2016	17
Gráfico 5 - Anos potenciais de vida perdidos por co-morbididades no período de 2012-2016	18
Gráfico 6 - Óbitos por causa de morte e local de residência, no ano 2016	48
Gráfico 7 - Óbitos por causa de morte e local de residência, no ano 2015	48
Gráfico 8 - Óbitos por causa de morte e local de residência (Área Metropolitana de Lisboa), no ano 2016	49
Gráfico 9 - Óbitos por causa de morte e local de residência (Área Metropolitana de Lisboa), no ano 2016	50

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica da amostra em estudo	52
Tabela 2 - Conhecimento sobre tipologia da fonte de infecção sobre CCR	53
Tabela 3 - Conhecimento sobre os fatores de risco por CCR	54
Tabela 4 - Conhecimento sobre sinais/sintomas de CCR	55
Tabela 5 - Conhecimento sobre a idade recomendada para o início do rastreio	56
Tabela 6 - Grelha de análise para a determinação do projeto	66
Tabela 7 - Grelha de analise do problema	67
Tabela 8 – Conhecimento sobre os fatores de risco para CCR	68
Tabela 9 – Conhecimento sobre sinais/sintomas de CCR	69
Tabela 10 – Conhecimento sobre a idade recomendada para o início do rastreio	70

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1 Epidemiologia do cancro colon retal	14
1.2 Fisiopatologia do cancro colon retal.....	18
1.3 Fatores de risco e fatores protetores	20
1.4 Custos no tratamento do Cancro Colon Retal	25
1.5 Prevenção do Cancro Colon Retal	26
1.6 Literacia em saúde	28
1.7 O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	31
1.8 A intervenção do enfermeiro na promoção da literacia em saúde	33
2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS.....	36
2.1 Metodologia de Planeamento em Saúde	36
2.2 Metodologia de recolha e tratamento de dados.....	38
2.3 Questões éticas.....	39
3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	41
3.1. Caracterização geográfica e sociodemográfica	41
3.2 Recursos de saúde e sociais	42
3.3. Dados epidemiológicos sobre o cancro no concelho de Almada	46
3.4 Aplicação dos Questionários – Resultados	52
4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	57
5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E DE ESTRATÉGIAS	61
5.1 População alvo e objetivos	61
5.2 Definição de estratégias	62
6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO	63
6.1 Atividades e cronograma.....	63
6.2 Recursos envolvidos	65
6.3 Comunicação, divulgação e monitorização	65
7. AVALIAÇÃO DO PROJETO	67
8. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	74
9. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

APÊNDICES

		p.
APÊNDICE I	Questionário de avaliação das SES	89
APÊNDICE II	Consentimento informado	91
APÊNDICE III	Sessões de educação para a saúde	93
APÊNDICE IV	Cronograma de Atividades	102
APÊNDICE V	Pedido de autorização ao CSPPRG	104
APÊNDICE VI	Pedido de parecer à comissão de Ética ESS/IPS	106

ANEXOS

		p.
ANEXO I	Autorização da IPSS	109
ANEXO II	Parecer favorável da comissão de Ética ESS/IPS	111

INTRODUÇÃO

Segundo dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE), os tumores malignos apresentam-se como um problema grave de saúde pública, resultantes essencialmente do envelhecimento e estilos de vida. Verifica-se, na região de Lisboa e Vale do Tejo, uma elevada taxa de mortalidade por neoplasias na população de idade inferior a 75 anos de ambos os géneros.

O cancro do cólon e reto (CCR) é o segundo tipo de cancro com maior incidência a nível nacional, sendo que na área Metropolitana de Lisboa constitui a principal causa de óbito, em relação ao cancro do colo do útero e da mama. A região com maior registo de óbitos foi, no ano de 2016, Lisboa, seguida de Sintra e posteriormente Cascais. No que se refere ao concelho de Almada, registaram-se em 2015, cerca de 47 óbitos e em 2016, 52 óbitos, apresentando uma maior manifestação nos homens do que nas mulheres, tendência que se verificou nos anos seguintes. O Plano do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada-Seixal tem em consideração esta problemática, apresentando como duas das áreas de intervenção prioritárias: a prevenção de neoplasias e a literacia em saúde; e tendo como objetivo estratégico a redução, em 2%, da taxa bruta de anos de vida potenciais perdidos por neoplasia (Plano ACES Almada-Seixal).

Também o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO) apresenta um conjunto de medidas coordenadas para implementar os rastreios de base populacional nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero e do cancro do cólon e reto, uma vez que os ganhos em saúde são representativos, devendo as orientações e estratégias implementadas internacionalmente, assumir uma cobertura a nível nacional, no sentido de garantir a equidade de todos os utentes a estes rastreios. Salienta-se ainda que, o aumento da literacia da população, acerca dos fatores de risco e sintomas associados a esta neoplasia, possui um efeito protetor contra o desenvolvimento do CCR, devendo este aspeto constituir um eixo prioritário dos cuidados de saúde primários (PNPCDO, 2017). Sabe-se que a manifestação do cancro cólon retal e de outros cancros pode ser desencadeado por fatores de risco modificáveis associados a comportamentos de risco.

O relatório que aqui apresentamos relata o projeto de intervenção por nós desenvolvido no âmbito do nosso Estágio do 2º ano, 3º semestre, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde

Pública, mestrado realizado em associação entre a Universidade de Évora e os Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal. A área de investigação escolhida entre as previstas para a nossa área de especialização, foi a de *Problemáticas em populações específicas* e o tema foi a prevenção do Cancro Cólon Retal (CCR), sendo o nosso projeto desenvolvido no âmbito da promoção da literacia sobre este tipo de cancro.

A Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária assume-se como área matriz para o desenvolvimento de projetos desta natureza uma vez que desenvolve uma prática de enfermagem global, focada na comunidade; sendo que o enfermeiro especialista nesta área adquire competências para o desempenho de funções que visem o processo de capacitação de grupos e comunidades. Esta área de especialização desenvolve um conjunto de intervenções direcionadas para as comunidades/grupos, visando a resolução de problemas de saúde identificados, e depende do conhecimento efetivo e integral dos fatores que determinam o estado de saúde da mesma; sendo necessário, para tal, uma abordagem assente na metodologia de planeamento em saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Este projeto de intervenção teve como objetivo geral promover a literacia sobre o cancro colon-retal, e como objetivos específicos: aumentar os conhecimentos sobre o cancro colon-retal e seu impacto individual, familiar e social, aumentar os conhecimentos sobre comportamentos saudáveis no âmbito da prevenção do cancro colon-retal e promover o conhecimento sobre cuidados de suporte e apoio aos doentes com cancro colon rectal.

A realização do projeto efetivou-se em dois momentos faseados, sendo que o primeiro consistiu no diagnóstico da situação, incluindo pesquisa bibliográfica sobre a temática, para compreender e melhor conhecer a sua natureza, dimensão e gravidade, assim como identificar e caracterizar com clareza o problema de saúde. Neste sentido, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, baseada nos descritores: «cancro colon-retal¹», «prevenção», «fatores de risco», «fatores de prevenção», «fatores protetores», «atitudes e conhecimentos», «epidemiologia», em base de dados científicas: EBSCOhost (incluindo a CINAHL), B-on, Scielo e no repositório RCAAP. Além do referido, a fim de caracterizar epidemiologicamente a problemática, recorreu-se a bases de dados estatísticos como o INE e PORDATA e aos

¹ Recorreu-se igualmente a descritores como: «cancro do colon», «cancro do reto» e «cancro colon e reto», uma vez que diferentes bases de dados possuem no índice de assuntos diferentes descritores para a neoplasia em estudo.

planos de atividades do ACES Almada-Seixal. Para o diagnóstico foram também realizadas reuniões com a equipa multidisciplinar de saúde, com o orientador da unidade de saúde, docente orientadora, e com os responsáveis da IPSS onde desenvolvemos o projeto e realizado um questionário à população alvo selecionada, os colaboradores da IPPS. Terminámos a primeira fase com a determinação de prioridades. Na segunda fase, foi feito o desenvolvimento e implementação do projeto, tendo sido feita a fixação de objetivos; seleção de estratégias; preparação operacional, implementação e avaliação.

A metodologia utilizada foi a de *Planeamento em Saúde*. A metodologia de *Planeamento em saúde*, consiste na identificação de um problema de saúde na população considerado como prioritário e o desenvolvimento de estratégias que contribuam para a sua resolução, visando uma otimização de recursos, a fim de atingir os objetivos estabelecidos (Imperatori e Giraldes, 1993). Assim, as diferentes fases do projeto tiveram por base as etapas que constituem o *Planeamento em Saúde*, sendo elas: *Diagnóstico de situação*; *Determinação de prioridades*; *Fixação de objetivos*; *Seleção de estratégias*; *Preparação operacional*, *Implementação* e *Avaliação*. Para obtenção de dados sobre o conhecimento pré-existente acerca do CCR foi utilizado um questionário (Apêndice I). Os colaboradores de uma instituição particular de solidariedade social (IPSS), pertencente ao concelho de Almada, constituíram a população alvo do projeto.

Quanto à estrutura do nosso relatório, este encontra-se dividido em nove capítulos principais. O primeiro refere-se ao enquadramento teórico onde se faz uma conceptualização e contextualização teórica sobre a temática em estudo, visando explicar conhecimentos que facilitem a compreensão da sua natureza e dimensão, bem como, facilitar a identificação e delineação de estratégias eficazes para o desenvolvimento e implementação do projeto. O segundo refere-se à metodologia do projeto, assim como, as implicações éticas inerentes à elaboração do mesmo; os restantes capítulos correspondem às diferentes etapas do desenvolvimento do projeto, terminando com a análise de competências desenvolvidas durante o Estágio, seguida das considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico pretende abordar a contextualização teórica referente à problemática do cancro colon retal, referindo-se aos dados epidemiológicos relativos a esta neoplasia, aos aspetos fisiopatológicos do aparecimento deste tipo de cancro, aos fatores de risco não modificáveis e modificáveis, aos fatores protetores, bem como, os níveis de prevenção da neoplasia no sistema de saúde e à importância e competência profissional do enfermeiro enquanto elemento ativo e interventivo para a prevenção desta problemática.

Realça-se o papel da Enfermagem na promoção da saúde comunitária, a qual deve ser fundamentada na literatura com evidência científica e em referenciais teóricos e metodologias que sustentem a prática profissional na prestação de cuidados a este grupo populacional específico. Atribuímos nesse sentido relevância à teoria de enfermagem de Nola Pender e ao conceito de literacia em saúde.

1.1 Epidemiologia do cancro colon retal

Segundo Pereira e Lopes (2005), a palavra cancro tem origem no latim, significando caranguejo, sendo o uso desta palavra relativo ao século V a.C., quando Hipócrates aferiu que as “veias” que irradiavam dos tumores do peito se pareciam a um caranguejo. Já Figueiredo et al. (2001) referem que o conceito de cancro apresenta uma conotação pesada, estando frequentemente associado a conceitos como dor, sofrimento e morte.

As doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente a doença mais temida pela população, pelo seu número de casos que tende a aumentar gradualmente. O reconhecimento destes fatos levou à elaboração do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO), o qual engloba uma estratégia de ação nas diferentes áreas relacionadas com a prevenção e tratamento do cancro, de forma a obter maior qualidade e equidade de cuidados (PNPCDO, 2007).

O PNPCDO (2007) visa essencialmente desenvolver estratégias que contribuam para a diminuição dos cancros evitáveis, bem como, diagnósticos tardios com recurso a ações preventivas e diagnóstico precoce, atenuando, deste modo, o grave impacto que o cancro representa para o indivíduo, família ou comunidade.

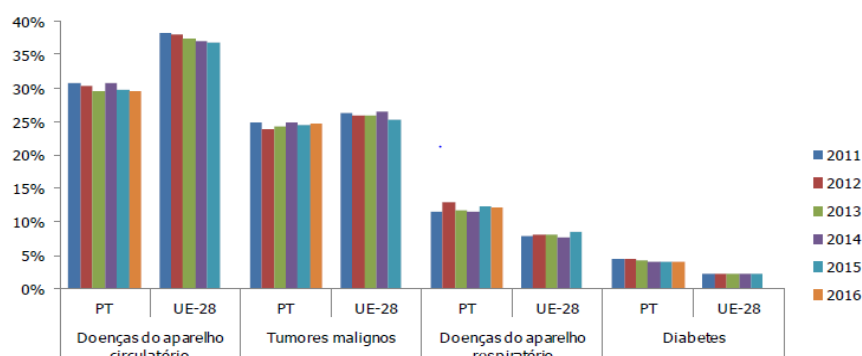
Este plano estabelece ainda metas de saúde para 2020, tais como:

- a) Expandir a cobertura dos rastreios oncológicos de base populacional, a todo o território nacional e aumentar as taxas de cobertura populacional até 2020: rastreio do cancro da mama 90%, rastreio do cancro do colo do útero 75% e rastreio do cancro do colon e reto 50%;
- b) Reduzir a percentagem de cirurgias oncológicas que ultrapassa o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) para menos de 10% até 2020;
- c) Promover a integração de cuidados entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares em três patologias oncológicas;
- d) Garantir que 75% das patologias do reto, pâncreas e testículo são tratados em centro de referência. (PNPCDO, 2007)

O aparecimento do cancro colon retal tem apresentado, cada vez mais, um aumento significativo da sua incidência, tratando-se de um dos tipos de neoplasia com maior expressão numérica não só em Portugal como também a nível mundial. A nível mundial, sabe-se que esta neoplasia é responsável por cerca de 700 mil mortes anuais e em Portugal a sua prevalência tem vindo a aumentar de forma acentuada e exponencial. (DGS, 2015)

De acordo com o gráfico abaixo representado (**Gráfico 1**), as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na Europa, inclusive em Portugal; as doenças do aparelho circulatório surgem como a principal causa de morte. De salientar que a distribuição percentual média de óbitos ocorridos em Portugal encontra-se muito similar à média europeia.

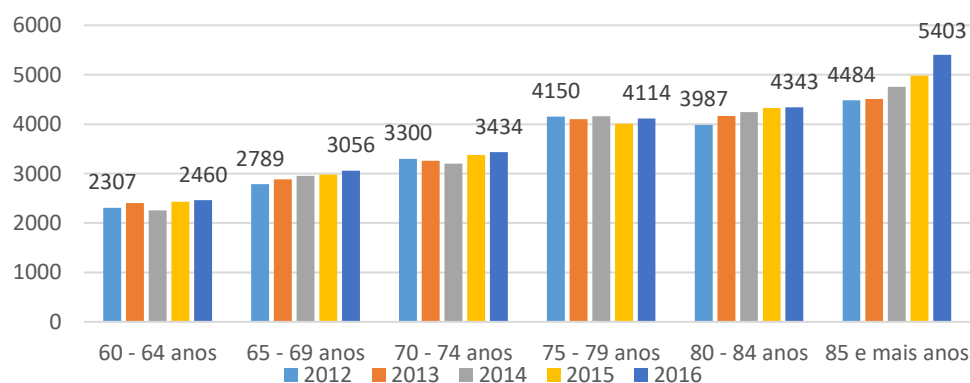
Gráfico 1- Distribuição percentual de Óbitos por algumas causas de morte, no período de 2011 a 2016



Fonte: Eurostat / OMS / Entidades Nacionais - Estatísticas das Causas de Morte (COD)
 PORDATA
 Última atualização: 2018-03-08

De acordo com o INE (2018), a expressão estatística portuguesa relativa às neoplasias malignas tem vindo a aumentar de forma crescente nos últimos anos, conforme descreve o **Gráfico 2**. Salienta-se que os óbitos ocorridos por neoplasia maligna surgem em maior número nas faixas etárias acima dos 18 anos de idade, sendo a partir dos 85 e mais anos que existe uma maior mortalidade por esta causa de morte, verificando-se um aumento percentual de cerca de 1,2% por ano.

Gráfico 2- Óbitos por tumores malignos no período de 2012 a 2016 por faixa etária

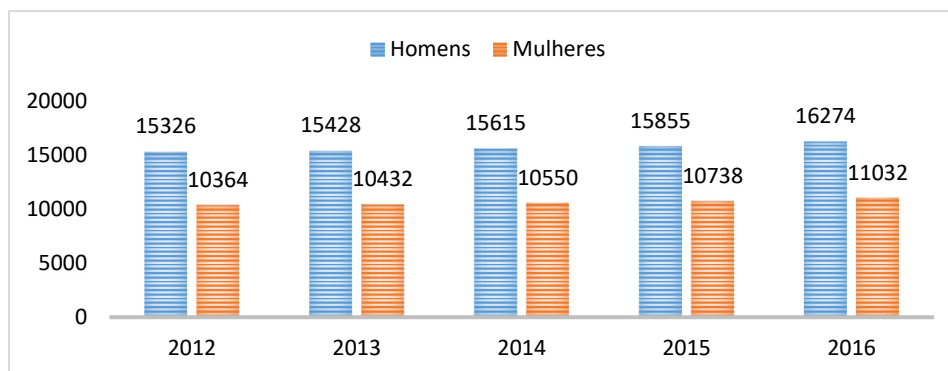


Fonte: Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Grupo etário e Causa de morte (tumores malignos); Anual - INE, Óbitos por causas de morte
 Última atualização: 24/09/2018

A manifestação de óbitos por tumores malignos apresenta-se em maior número para o género masculino comparativamente com o género feminino, como se pode verificar no **Gráfico 3**. No período de 2012 a 2016, verificou-se não só este fenómeno, como também

um aumento percentual de óbitos por ano e por género. No ano de 2016, cerca de 60% de óbitos por tumores malignos ocorreram nos homens, tendo-se verificado a mesma percentagem para o ano de 2012.

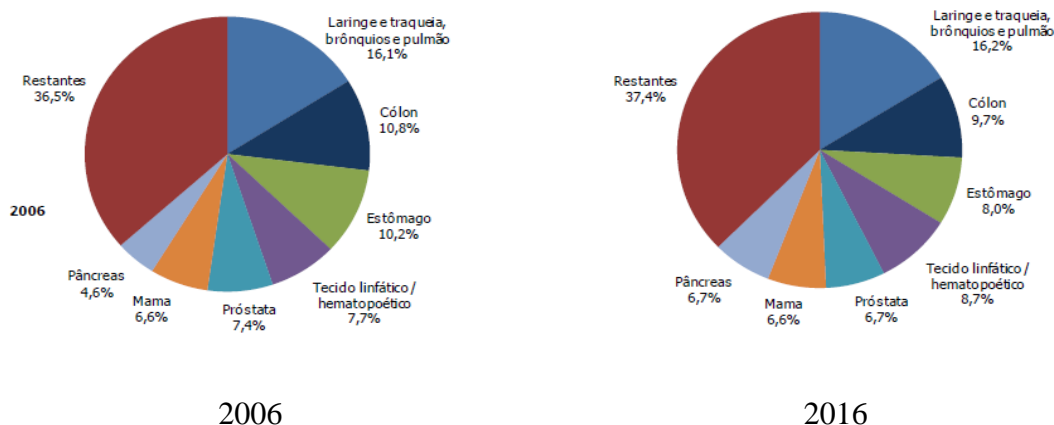
Gráfico 3- Óbitos por tumores malignos no período de 2012 a 2016 por género



Fonte: Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Causa de morte (tumores malignos); Anual - INE, Óbitos por causas de morte
Última atualização: 24/09/2018

De acordo com o gráfico abaixo (**Gráfico 4**), pode verificar-se a distribuição percentual dos óbitos ocorridos nos anos de 2006 e 2016. As proporções de óbitos por tumores malignos do pâncreas e a proporção de óbitos por tumores malignos do tecido linfático/hematopoético foram as que mais aumentaram, respetivamente em 2,1 p.p. e 1,0 p.p. Em contrapartida, verificou-se uma diminuição de 2,2 p.p. nas mortes provocadas por tumores malignos do estômago, de 1,1 p.p. nas provocadas pelo tumor maligno do colon, e de 0,7 p.p. nas causadas por tumor maligno da próstata.

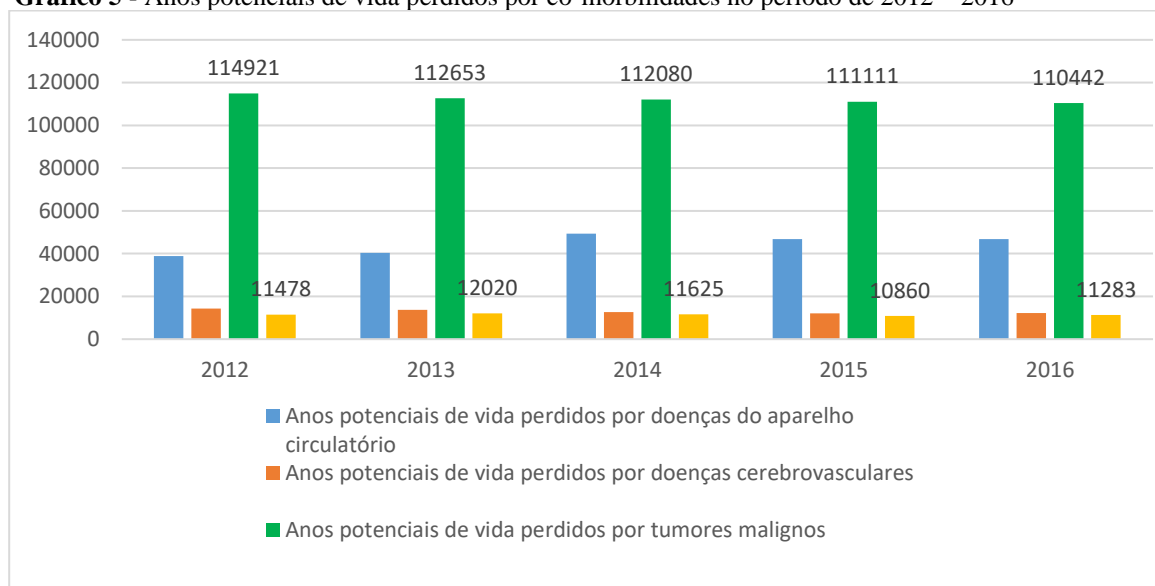
Gráfico 4 - Distribuição percentual dos óbitos causados por tumores malignos, Portugal, 2006 e 2016



Fonte: Distribuição percentual dos óbitos causados por tumores malignos, Portugal, Anual - INE, Óbitos por causas de morte
Última atualização: 24/09/2018

Embora os tumores malignos tenham afetado mortalmente menos pessoas do que as doenças do aparelho circulatório, o seu impacto é muito superior em termos de anos potenciais de vida perdidos: em 2015, perderam-se 111111 anos potenciais de vida, devido a tumores malignos, mais do dobro dos anos potenciais de vida perdidos, devido a doenças do aparelho circulatório, conforme se pode verificar no gráfico abaixo (**Gráfico 5**). Ainda de salientar, que os tumores malignos do colon e reto representam, em média, cerca de 10% da globalidade dos tumores malignos, no que se refere em anos potenciais de vida perdidos.

Gráfico 5 - Anos potenciais de vida perdidos por co-morbilidades no período de 2012 – 2016



Fonte: Anos potenciais de vida perdidos por co-morbilidades no período de 2012 - 2016, Anual – INE, Óbitos por causa de morte
Última atualização: 06/07/2018

1.2 Fisiopatologia do cancro colon retal

A carcinogénese colon retal implica a simbiose de múltiplas alterações genéticas e epigenéticas numa célula normal que promover-se-á através de um crescimento celular descontrolado, sendo que este fenómeno poderá ocorrer através de 3 formas: i) pelo aumento da taxa de proliferação da célula; ii) pelo bloqueio da morte celular; iii) por ambos os eventos em simultâneo (Worthley, Whitehall, Spring, & Leggett, 2007).

Atualmente, a carcinogénese colon retal manifesta-se como um balanço entre as mutações genéticas e a perturbação dos mecanismos responsáveis pela manutenção do ciclo

celular. A evolução molecular deste tipo de cancro ocorre através de uma série de estadios morfológicamente identificáveis: proliferação epitelial no cólon, formação de pequenos adenomas, aumento progressivo dos adenomas e do seu grau de displasia e aparecimento do carcinoma. Esta é a chamada “sequência adenomacarcinoma” (*idem*).

No entanto, estima-se que cerca de 15% dos cancros colon retal são por formados por via genética herdada, convergindo na linha germinativa no caso da Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e do Cancro Colo-Rectal Hereditário Não Polipóide (HNPCC), contribuindo para a progressão do cancro colon-retal esporádico (*idem*).

De acordo com Freitas (2002), sabe-se que o CCR é multifatorial e a grande maioria associa-se a um conjunto de alterações genéticas, congénitas ou induzidas por agentes genotóxicos. Segundo o mesmo autor, o CCR divide-se, classicamente, em hereditários (ou familiares) e não hereditários (ou esporádicos); sendo que se assume que todos os cancros possuem uma componente genética que pode ser herdada ou adquirida.

No caso de hereditários, os doentes com história familiar de neoplasia, nasceram com o genoma alterado e os fatores ambientais podem contribuir com eventos genotóxicos adicionais para a expressão final de malignização. Os esporádicos, por sua vez, referem-se a múltiplas mutações genéticas somáticas, atribuídas a fatores ambientais que podem contribuir para o desenvolvimento do tumor (*idem*).

O papel da hereditariedade é, desde logo, óbvio para os casos de CCR que ocorrem no contexto de síndromes familiares; no entanto, esta predisposição assume, igualmente relevância em casos de CCR esporádicos, nos quais, um indivíduo com genótipo suscetível, exposto a fatores ambientais, predominantemente alimentares, pode apresentar um maior risco para o desenvolvimento de CCR (*idem*).

Neste sentido, além do importante papel da hereditariedade, os fatores de risco assumem um forte contributo para o desenvolvimento e manifestação deste tipo de tumor; os quais irão ser abordados no ponto seguinte.

1.3 Fatores de risco e fatores protetores

O risco de desenvolvimento do cancro colon retal depende de vários fatores, alguns já identificados e outros ainda em estudo, admitindo-se, por esse motivo, que a sua etiologia seja multifatorial. Os estudos tendem a estar em concordância quando relacionam fatores como a dieta e o estilo de vida das populações, porém, existem outros fatores que poderão propiciar o desenvolvimento deste tipo de cancro.

Classicamente, esses fatores dividem-se em fatores de risco não modificáveis e fatores de risco modificáveis. Os primeiros são constituídos por determinantes que não podem ser alterados e que integram a componente biológica do indivíduo; enquanto os segundos correspondem a determinantes de saúde cuja sua modificação contribui para um comportamento e hábito de vida mais saudável e promotor de maior qualidade de vida.

Os fatores de risco não modificáveis correspondem à idade, género, pessoas com antecedentes neoplásicos, ou história familiar de neoplasia, ou Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), ou doença gastrointestinal. Os modificáveis dizem respeito ao conjunto de fatores relativos à alimentação rica em gorduras e açúcares, ao estilo de vida, ao sedentarismo, à obesidade, aos hábitos tabágicos, aos hábitos alcoólicos, entre outros.

Relativamente à **Idade**, a incidência do CCR aumenta na população com 50 anos ou mais, sendo os 62 anos de idade a média do diagnóstico, segundo alguns estudos. Cerca de 90% dos casos ocorrem após os 50 anos e apenas 4% antes dos 40. Entre os 50 e os 80 existe, aproximadamente, 5% de hipóteses de as pessoas desenvolverem CCR e estas têm um risco de 2,5% de falecerem pela doença (Forno et al, 2012).

Os **antecedentes pessoais de pólipos e/ou cancro**, por exemplo indivíduos pólipos adenomatosos do cólon têm maior risco de desenvolver novos pólipos, os quais, de acordo com a sequência adenoma-carcinoma, poderão evoluir para CCR. Os indivíduos com CCR prévio têm maior risco não só de recidiva do primeiro tumor, mas também de CCR metacrónicos. (Cravo, 2000, p. 501).

Outros estudos indicam que as mulheres com história de cancro da mama, endométrio ou ovário têm maior probabilidade de desenvolver este tipo de cancro.

Ainda no que respeita a **indivíduos com doença inflamatória intestinal**, existem estudos epidemiológicos que demonstram que o risco de CCR se encontra aumentado nos doentes com colite ulcerosa extensa e de longa duração e com doença de Crohn. A magnitude do risco parece depender, não só da duração da doença, mas também da sua extensão, do desenvolvimento de displasia da mucosa e da duração dos sintomas (Forno et al, 2012).

Quanto aos **fatores hereditários e síndromes**, existem evidências de que os fatores hereditários contribuem igualmente para uma parte substancial dos casos de CCR, estimando-se que cerca de 25% dos pacientes com CCR têm história familiar da doença, o que sugere uma efetiva predisposição hereditária (*idem*).

Quanto aos **fatores de risco modificáveis** incluem a alimentação, o estilo de vida sedentário, o excesso de peso e o consumo de álcool e tabaco. Segundo Friedman, Isaksson, Rafter (1989), os primeiros nutrientes a serem identificados como fatores de risco para a promoção do adenoma foram as gorduras e os açúcares simples, ingeridos em excesso. No caso da elevada ingestão de açúcares simples, verifica-se que esta é responsável pela sobrecarga glicémica, estando associada ao risco elevado de desenvolver CCR. Quanto às gorduras, estas podem alterar não só a concentração dos produtos corpóreos normais (colesterol e os ácidos biliares), bem como, a flora normal do intestino, atuando este processo como um promotor de cancro, danificando a mucosa do cólon e aumentando a atividade proliferativa do epitélio do cólon.

No que se refere à **dieta**, existem vários estudos epidemiológicos que apontam o envolvimento de fatores nutricionais como uma das principais causas de diversos tipos de cancro nos países mais industrializados, sendo que a taxa de incidência do CCR é aproximadamente 10 vezes maior nos países desenvolvidos do que nos países em desenvolvimento (Forno et al, 2012).

Vários artigos evidenciam que as dietas contendo grandes proporções de gordura predispoem para o CCR, especialmente do cólon descendente e sigmoide; e que a ingestão

de carne vermelha e gordura, comparativamente com a de galinha e a de peixe, foi fortemente associada ao aumento da incidência desta neoplasia (Forno et al, 2012).

No entanto, a análise da alimentação praticada pela população pode constituir uma dificuldade, pois sabe-se que a longa progressão biológica do CCR, de adenoma a carcinoma, reflete-se na comida ingerida nos últimos 20 a 30 anos antes do diagnóstico do CCR e não no momento atual de diagnóstico, sendo necessário solicitar à população que se recorde do tipo e quantidade de alimentação que ingeria, assim como, a sua frequência.

O **estilo de vida sedentário** também pode contribuir para o aumento do risco do CCR. Embora surjam explicações de que a atividade física reduz a suscetibilidade para o CCR, as mesmas ainda não são evidentes. No entanto, a inatividade física é mais significativa para o risco do cancro do cólon do que do reto.

No que se refere ao **Índice de Massa Corporal (IMC)**, o seu aumento está diretamente relacionado com o aumento do risco de cancro do cólon, quando comparado com a população que apresenta valores inferiores de índice de massa corporal.

De acordo com um estudo randomizado de Shaukat, A., Dostal, A., Menk, J., & Church, T. (2017), verificou-se uma correlação positiva entre o índice de massa corporal (IMC) com a taxa de mortalidade de CCR. O IMC é estabelecido como um fator de risco responsável por diferentes tipos de cancro, incluindo o CCR. Embora não sejam conhecidos os mecanismos exatos que predispõem os indivíduos com excesso de peso, ou obesos, para um maior risco de CCR, sabe-se que mecanismos biológicos associados a comportamentos relacionados com atividade física e dieta tornam estes sujeitos mais suscetíveis ao aparecimento de CCR.

Os indivíduos com ganho excessivo de peso desenvolvem resistência à insulina, o que provoca um aumento dos níveis desta na circulação, e contribui para elevar a concentração sérica de fator de crescimento dos insulino dependentes. Este fator de crescimento estimula a proliferação da mucosa intestinal. Além disso, o acúmulo de tecido adiposo na região visceral aumenta níveis de dislipidemia, bem como, contribui para o desequilíbrio de marcadores pro-inflamatórios, como as citocinas, associado ao desenvolvimento de CCR (*idem*).

No que diz respeito ao **consumo excessivo de álcool**, este tem sido considerado um fator de risco para o CCR. Stocks (1957), citado por Potter (1999), reportou um aumento do risco de CCR entre os consumidores de cerveja comparativamente com os abstinentes. Desde então, a associação entre o consumo de álcool e o risco CCR tem sido explorado em vários estudos de coorte e caso/controlado, mas com resultados controversos. A *World Cancer Research Fund International* (1997), concluiu que o consumo elevado de álcool provavelmente aumenta o risco de CCR, referindo-se mais ao total de etanol consumido do que ao tipo de álcool ingerido.

Relativamente ao **consumo de tabaco**, o CCR não está usualmente incluído na longa lista de cânceres que este pode originar. No entanto, o seu consumo prolongado está associado ao risco elevado de CCR, particularmente a partir dos 35 anos de consumo. Fumar mais que 20 maços de cigarro por ano foi associado a um grande aumento do risco de ter adenoma e mais que 35 maços a um risco acrescido de ter CCR (Forno et al, 2012).

Na perspetiva de Giovannucci, Rimm e Stampfer (1994, p. 183-91), o número de cigarros fumados durante alguns anos está relacionado positivamente com a prevalência de pólipos adenomatosos do intestino grosso, em ambos os géneros, e conclui que o tabaco contribui para o risco do CCR após um período de consumo de 30 a 40 anos. Não existindo ainda nenhuma explicação biológica para esta associação.

Um estudo elaborado em 2010 evidenciou que o consumo de tabaco tem um impacto superior e estatisticamente mais significativo para o aparecimento do CCR quando comparado com história familiar de neoplasia (Hoffmeister M et al, 2010).

Também Cope, G. (2013) demonstrou que hábitos tabágicos apresentam diversos efeitos nefastos em diversas partes do sistema gastrointestinal, resultando em úlceras gástricas, doenças inflamatórias e aumento do risco de CCR, uma vez que a nicotina e produtos associados contribuem fortemente para o processo de alteração celular e carcinogénese.

Existem ainda, diversos fatores em estudo, que apontam para a diminuição do risco de CCR, ou seja, que têm um efeito protetor em relação ao mesmo, ou seja **fatores protetores**.

Kirkegaard H. *et al* (2010) desenvolveram um estudo que relatou a associação entre um estilo de vida saudável e a probabilidade diminuída de aparecimento do CCR. Neste estudo, os autores salientaram, como recomendações promotoras de estilo de vida saudável e que apresentam um efeito protetor relativamente ao aparecimento de CCR, as seguintes recomendações: ausência de hábitos tabágicos; atividade física durante pelo menos 30 minutos; possuir uma ocupação profissional com moderada atividade manual; consumo de álcool reduzido; perímetro abdominal feminino inferior a 88 cm e masculino inferior a 102 cm; e consumo de uma dieta equilibrada, variada e rica em vegetais.

Entre os diferentes fatores protetores, torna-se consensual em diversos estudos, que a dieta rica em vegetais e frutas assume um importante papel na prevenção do CCR. Diversos estudos epidemiológicos apontam este tipo de dieta como um mecanismo importante para evitar as potenciais alterações mutagénicas na parede intestinal e com alto potencial de carcinogénese (Forno et al, 2012).

Diversos micronutrientes, associados ao consumo de frutas e vegetais, são identificados como potenciadores para a redução do risco de CCR, sendo eles: antioxidantes, flavonoides, inibidores da protease e cálcio. Alguns estudos sugerem que o consumo regular de grandes doses de vitaminas antioxidantes A, C e E reduz a replicação celular na mucosa intestinal e previne a recorrência de pólipos adenomatosos (*idem*).

No que se refere ao cálcio, indicam uma associação entre a elevada ingestão de cálcio e o desenvolvimento do CCR. Os suplementos de cálcio podem exercer um efeito protetor ao reduzir o padrão anormal de replicação das células, frequentemente observado nas criptas do cólon, que apontam para um aumento do risco do CCR (*idem*).

Segundo Magalhães (2009), existe uma nova perspetiva epidemiológica sobre a alimentação e CCR, tendo este autor investigado os padrões alimentares e não a relação direta de alimentos ou nutrientes isoladamente. Foi analisada a relação entre três padrões alimentares (o elevado consumo de álcool, o elevado consumo de frutas e produtos hortícolas e o

elevado consumo de carne vermelha e processada) e o CCR. O autor concluiu que o risco de cancro do cólon aumenta em indivíduos com padrões alimentares caracterizados pelo elevado consumo de carnes vermelhas e processadas e diminui em padrões com elevado consumo de frutas e produtos hortícolas, não se tendo verificado uma associação estatisticamente significativa para o consumo de álcool.

Além dos fatores como a dieta e atividade física, a investigação do processo de carcinogénese do CCR possibilitou a identificação de substâncias farmacológicas com efeito protetor para o desenvolvimento do CCR.

Também Pan, P *et al.* (2017) evidenciaram que o uso de aspirina em doses reduzidas apresenta um efeito protetor para o desenvolvimento de CCR. Este anti-inflamatório não esteroide (AINE) produz um metabolito, o ácido salicílico, que inibe uma enzima responsável pela progressão e crescimento tumoral, a ciclo-oxigenase 2 (COX-2). Esta enzima é expressa massivamente no epitélio neoplásico e parece regular a angiogénese e a apoptose. O ácido salicílico encontra-se presente em algumas frutas e vegetais, contribuindo para um efeito sinérgico e quimiopreventivo, atuando como um fator protetor para o aparecimento do CCR.

1.4 Custos no tratamento do Cancro Colon Retal

Como abordado anteriormente, o CCR constitui um dos tumores mais comum nos países desenvolvidos e assume-se como um grave problema de saúde pública. Em Portugal, representa a segunda causa de óbito e a sua importância tem vindo a aumentar face aos custos pessoais e sociais que acarreta. No atual contexto económico-social do nosso país, os gastos representam um aumento constante face a uma escassez de recursos, pelo que se torna fundamental compreender e conhecer os custos associados ao diagnóstico e tratamento do CCR (Wong et al., 2011; NIH, 2004).

O estudo de Wong et al. (2011) identificou que os custos médios relacionados com o tratamento do CCR são mais elevados para estadios finais comparativamente com estadios

iniciais do cancro, uma vez que estão implicados tratamentos mais complexos e diferenciados, bem como, por vezes internamentos hospitalares mais prolongados.

De acordo com NIH (2004), os custos associados ao tratamento do CCR são maiores, visto que o rastreio não é utilizado, caso fosse, como recomendado, seria expectável uma redução da extensão do tumor e dos custos com o tratamento dos estadios avançados da doença.

Ambos os estudos apontam, como estratégia fundamental para a redução de custos associados ao tratamento do CCR e potencialização de recursos, o desenvolvimento de ações de sensibilização e prevenção para adoção de comportamentos saudáveis e de adesão ao rastreio, de modo a permitir um diagnóstico precoce em que o estadio do CCR seja inicial e o custo implicado no seu tratamento seja o menor possível.

1.5 Prevenção do Cancro Colon Retal

No sentido de contextualizar a prevenção do CCR, importa abordar os níveis de prevenção do processo saúde-doença. Segundo Almeida (2005), os níveis de prevenção são constituídos pela: prevenção primordial, prevenção primária, prevenção secundária, prevenção terciária e prevenção quaternária. Cada um destes níveis corresponde a uma etapa diferente no processo da saúde-doença, para a qual estão direcionados diferentes cuidados de saúde.

A **prevenção primordial** corresponde a um conjunto de estratégias delineadas, a fim de evitar o aparecimento e estabelecimento de estilos de vida que contribuam para aumentar o risco da doença. Está fortemente associado às doenças crónico-degenerativas e deverá incluir políticas e programas de promoção de determinantes «positivos» de saúde, como a abstinência tabágica, a nutrição adequada e a prática regular do exercício físico (*idem*).

A **prevenção primária** diz respeito ao conjunto de ações que tem como propósito diminuir o grau de exposição do indivíduo ao fator de risco ou causal, antes que desenvolva uma patologia. Neste tipo de prevenção, estão incluídas as ações de imunização, bem como, adesão a suplementos vitamínicos, entre outras (*idem*).

A **prevenção secundária** refere-se ao diagnóstico precoce, isto é, detetar no indivíduo a presença de uma doença, mas numa fase que se consiga determinar um bom prognóstico, ou seja, a sua condição evolua favoravelmente. Trata-se de um tipo de prevenção estreitamente relacionado com os rastreios (*idem*).

A **prevenção terciária** tem como objetivo principal limitar a progressão da doença, diminuindo as consequências resultantes do processo patológico, bem como, promover a adaptação do indivíduo a situações inevitáveis: Trata-se de um tipo de prevenção que engloba o controlo e tratamento das doenças crónicas. Neste tipo de prevenção, inserem-se ações como a reintegração e a reabilitação (*idem*).

A **prevenção quaternária** visa “capacitar os utentes ao fornecer-lhes a informação necessária e suficiente para poderem tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e os inconvenientes dos métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos”, referindo-se a situações clínicas em estadió avançado, requerendo tratamento cirúrgico ou tratamento de foro químico (*idem*).

No que se refere à prevenção do CCR, a prevenção primordial assume-se como eixo fundamental, no sentido de evitar fatores de risco que contribuam para o aparecimento deste tipo de cancro, os quais foram abordados em capítulo anterior do presente projeto. O desenvolvimento deste tipo de prevenção implica modificações nos comportamentos e estilos de vida cuja maioria dos estudos é consensual na identificação dos principais determinantes de saúde positivos: manutenção de um peso corporal ideal, a cessação do tabaco, o consumo moderado de álcool e o exercício físico regular (Freitas, 2002).

Uma vez que o prognóstico do cancro colon retal está intimamente relacionado com o estadió da doença no momento do diagnóstico inicial, um diagnóstico precoce de uma lesão tumoral ou do seu precursor representa uma taxa de sobrevivência melhor quando comparada com estádios mais avançados. Neste sentido, a prevenção secundária, traduzida em programas de rastreio e de vigilância, assume-se como o segundo eixo fundamental para a prevenção do CCR, visando a deteção do cancro numa fase pré-sintomática e a remoção de lesões pré-malignas (Freitas, 2002).

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO) preconiza o rastreio do Cancro do Cólon e Reto nos indivíduos assintomáticos, ou seja, sem qualquer sintoma gastrointestinal, com idades entre os 50 e os 74 anos. O exame recomendado é a Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF), realizada de 2 em 2 anos. Embora a colonoscopia seja o exame padrão para o diagnóstico, a pesquisa de sangue oculto nas fezes, pelo seu carácter não invasivo e de baixo custo, apesar da menor sensibilidade e especificidade, é um bom método para rastreio de populações consideradas de baixo risco. Em caso de PSOF positiva, deve proceder-se à realização de colonoscopia total. No caso de a colonoscopia total apresentar um resultado normal e desta ter sido realizada em condições otimizadas expressas no relatório, só se deverá repetir ao fim de 10 anos (Despacho n.º 8254/2017).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia (SPG), a prevenção primordial e secundária, constituem os meios mais eficazes de prevenir o CCR, apostando numa abordagem efetiva da promoção da saúde, isto é, de determinantes que sejam favorecedores a um estado de saúde pleno. Os cuidados de saúde primários constituem-se como os cuidados preferenciais e direcionados para estas intervenções, sendo considerado relevante o desenvolvimento e implementação de estratégias preventivas junto da pessoa, família ou comunidade. Estas são as principais competências profissionais do enfermeiro especialista em saúde pública e comunitária.

1.6 Literacia em saúde

Em Portugal, a promoção da literacia em saúde dos cidadãos, tem sido nas últimas décadas, identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e assumida como uma preocupação na definição de políticas de saúde, contemplada inclusivamente, em documentos estratégicos, como o Plano Nacional de Saúde (PNS). Neste sentido, a importância da literacia em saúde tem constituído tema de investigação em diferentes estudos.

De acordo com Paiva et al (2017), a prevalência de literacia em saúde inadequada em Portugal constata-se superior à prevalência registada em outros países europeus; pelo que

se torna crucial desenvolver estratégias universais e transversais no âmbito da comunicação em saúde, nos diferentes níveis de prestação de cuidados, quer sejam primários ou diferenciados.

A fim de compreender o fenómeno da literacia em saúde, importa definir o seu conceito, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS), caracteriza este construto como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde” (OMS, 1998 in Sorensen et al., 2012).

Desta forma, é da competência do indivíduo zelar pela sua saúde e pela dos que o rodeiam, seja através de medidas simples como a alimentação cuidada e prática de exercício, mas também, através do cumprimento das indicações e terapêuticas médicas de forma a promover a sua saúde. Esta promoção é mediada pelo seu nível de Literacia em Saúde que desempenha um papel preponderante na capacidade de compreender a informação influenciando os resultados em saúde (Paiva et al, 2017).

A melhoria da qualidade, a redução de custos e disparidades, não pode ser alcançado sem a melhoria da literacia em saúde da população. É uma temática de extrema importância em diversos países, sendo um tema que assume, cada vez mais, uma importante relevância perante as necessidades nas reformas em saúde, o aumento das expectativas e novas necessidades de saúde das pessoas e comunidade.

A OMS (1998), citado por Sorensen et al. (2012), refere que a literacia em saúde é um fator-chave na promoção da saúde e suporte comunicacional, permitindo a melhoria do acesso à informação e à capacidade do indivíduo, evidenciando-se que a ausência da mesma está associada a piores resultados em saúde, desigualdades sociais, risco acrescido de mortalidade, maiores taxas de utilização dos serviços de saúde e a custos mais elevados para a economia.

Quanto a Boogar et al. (2017), refere que uma literacia em saúde diminuída, contribui para que haja um estigma e receio associado ao CCR, estando relacionado a uma menor taxa de adesão ao rastreio desta neoplasia. O autor refere ainda que, educar a população sobre o

CCR no que se refere aos fatores determinantes, à sua severidade, sua suscetibilidade e formas de prevenção, contribui para que a adoção de comportamentos saudáveis bem como a adesão ao rastreio sejam maiores, realizando uma detecção precoce, em fases iniciais de neoplasia com tratamentos menos invasivos e dolorosos para o indivíduo e com custos menores.

Segundo Parker et al (2000), o que contribui para uma literacia em saúde diminuída prende-se, não só, com o sistema educativo, como também, com os prestadores de cuidados de saúde ao assumirem que deve ser o próprio utente a responsabilizar-se no seu autocuidado, numa altura em que os sistemas de saúde estão cada vez mais fragmentados, complexos, especializados e tecnologicamente sofisticados.

Deste modo, investir numa intervenção em todo o processo, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados diferenciados, conseguiria fomentar o aumento da literacia em saúde, assente no desenvolvimento de capacidades no indivíduo que permitiriam reduzir as barreiras de adesão aos programas de saúde, bem como adoção de estilos de vida favorecedores de uma saúde plena e com qualidade, tendo em consideração uma diminuição da desigualdade social bem como otimização de recursos.

Segundo o Plano Nacional de Saúde, o mesmo refere a necessidade de promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de forma a proporcionar autonomia e responsabilização ao indivíduo em relação à sua saúde. Recomenda também que sejam feitas ações de promoção da literacia direcionadas à promoção da saúde e prevenção da doença, particularmente nas áreas dos rastreios, vacinação e utilização de serviços e de fatores de risco. (DGS, 2015)

Também Frisch, (2011), realça a importância da capacidade de obter, processar e compreender a informação relacionada com a saúde, garantido uma melhor tomada de decisão e consequente melhoria em saúde.

1.7 O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

A promoção da saúde surge como matriz essencial para aumentar a literacia em saúde, no sentido de capacitar o indivíduo, família ou comunidade para adoção de comportamentos potenciais de um estilo de vida saudável. Uma abordagem metodológica que defende e preconiza esta abordagem de proteção e promoção de saúde é o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender. A autora desenvolveu este modelo, tendo em consideração a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas, ambos baseados em pressupostos psicológicos (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006).

Este paradigma teórico surge como um modelo que propõe integrar a Enfermagem na ciência do comportamento, identificando os fatores que determinam os comportamentos de saúde e de risco, e consequentemente, sejam detetadas situações de saúde deficitárias, nas quais seja importante intervir. O modelo de Nola Pender assenta numa visão holística, fundamentada num processo biopsicossocial, que caracteriza e integra o indivíduo, família ou comunidade em todos os seus domínios, de modo a ajustar os comportamentos de saúde à sua realidade (*idem*).

Este modelo define um modelo de atuação que consiste em três componentes essenciais, integrando diferentes variáveis passíveis de serem analisadas. Essas três componentes são: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável (*idem*).

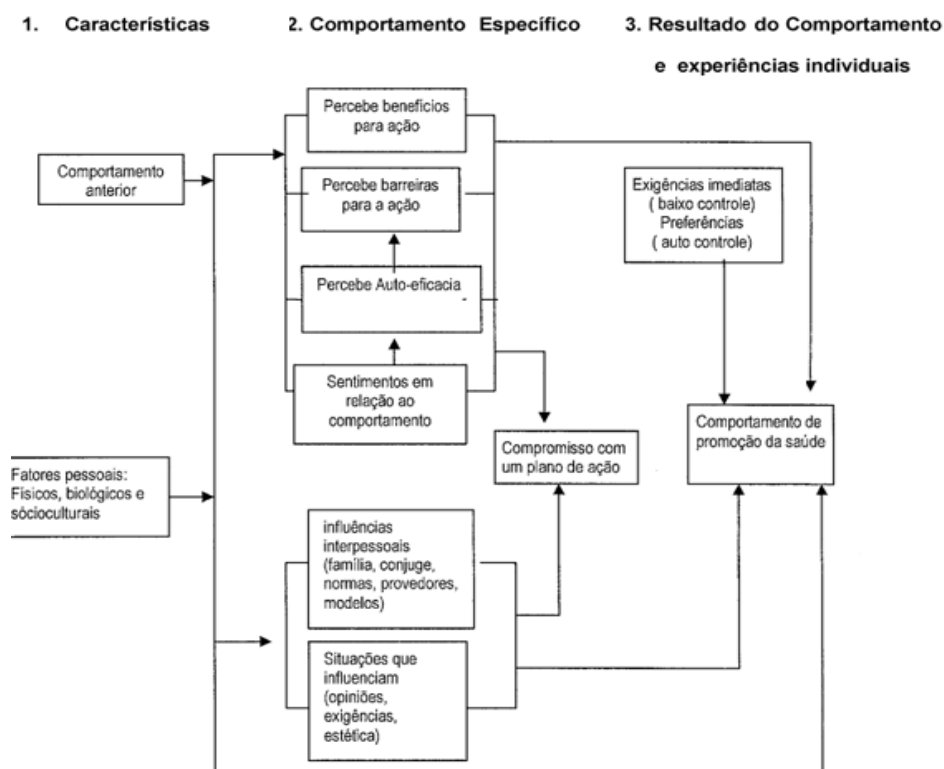
O modelo de Nola Pender defende que os fatores pessoais influenciam as características individuais e as experiências de cada um, sendo que esses fatores se dividem em três categorias: biológicos, psicológicos e socioculturais. Os fatores biológicos incluem variáveis como a idade e o género; os psicológicos relacionam-se com variáveis como a autoestima, auto-motivação e o estado de saúde percebida. Os fatores socioculturais incluem variáveis como a raça, o nível educacional e o *status* socioeconómico (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006).

A promoção de comportamentos saudáveis é o resultado comportamental desejado, sendo o grande objetivo deste modelo conceptual. A promoção de comportamentos saudáveis deve resultar numa melhoria da saúde, da capacidade funcional e numa maior qualidade

de vida através de todos os estádios de desenvolvimento. Fornece-nos uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planejar as intervenções e avaliar as suas ações. (Victor et al, 2005).

A figura seguinte esquematiza o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, na qual podemos observar que são muitos os fatores que interferem nos comportamentos de saúde, pelo que os enfermeiros precisam, muitas vezes, de estabelecer estratégias de intervenção dirigidas não só para o indivíduo, mas também para todo o ambiente e outras pessoas envolventes, para direccionar a pessoa no sentido do comportamento desejado (Sakraida, 2004).

Figura 1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: Adaptado de Sakraida, 2004.

Este modelo de promoção da saúde considera que cada pessoa tem características pessoais e experiências únicas que afetam as suas ações posteriores. O conjunto de variáveis que afetam determinado comportamento específico têm um importante significado nas motivações. Essas variáveis podem ser alteradas por meio de ações de enfermagem, sendo a promoção de saúde o resultado do comportamento de saúde desejado e o objetivo do modelo de promoção de saúde. Comportamentos promotores de saúde devem resultar em melhoria da saúde, aumento ou manutenção de capacidade funcional e uma melhor qualidade de vida em todos os estágios de desenvolvimento (*idem*).

1.8 A intervenção do enfermeiro na promoção da literacia em saúde

Em 1986, em Ottawa, foi desenvolvida a conferência para a promoção da saúde, da qual resultou a Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde, cujo objetivo foi promover saúde para todos no ano de 2000 e seguintes. Esta conferência definiu promoção da saúde como um processo de dar a possibilidade à sociedade de controlar e melhorar a sua saúde. A saúde é entendida como mais um recurso para conseguir o desenvolvimento pessoal, social e uma melhor qualidade de vida, dando-se importância à equidade em saúde e à participação ativa na promoção da saúde por várias entidades e comunidade (Portal de Saúde Pública, 2013; Kulbok; Laffrey e Chitthathairatt, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) enfatiza igualmente a importância da capacitação e *Empowerment* do indivíduo, família e/ou comunidade, ao definir que o objetivo do exercício profissional de Enfermagem é “ajudar o cliente [seja qual a sua dimensão] a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2003).

Deste modo, “os enfermeiros podem capacitar os clientes, ajudando-os a adquirir as competências necessárias para ter uma vida saudável e para serem clientes eficazes dos cuidados de saúde” (Sebastian, 2011, pp. 763-764). Desta forma, é fundamental capacitar as pessoas para a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis que visem a aquisição de práticas que evitem as doenças crónicas, quer sejam elas oncológicas ou de outra natureza e as suas co-morbilidades (Carvalho, 2006, p. 2 citando OMS, 1986).

A existência de saúde reflete-se num estado de vitalidade e máxima funcionalidade, sendo o indivíduo o principal responsável por esse estado, ou seja, este constrói o seu projeto

de vida assente em comportamentos, atitudes e conhecimentos favorecedores da sua saúde, tendo em consideração um modelo salutogénico que contempla todas as dimensões do indivíduo. Este modelo é encarado como o paradigma de saúde, isto é um “processo fluido, flexível” que “envolve uma visão holística do estilo de vida total da pessoa e a sua interação com o ambiente” (Kulbok; Laffrey e Chitthathairatt, 2010).

Deste modo, a intervenção de Enfermagem alicerçada num projeto de Promoção de Saúde, favorece todo o processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, assumindo-se como uma profissão educadora, a qual deve capacitar o indivíduo e a comunidade a exercer autonomia, bem como reflexão crítica para uma mudança de comportamentos. Logo, é necessário planear recursos e estabelecer prioridades para obter ganhos em saúde.

Segundo (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006), a promoção de saúde é direcionada para alcançar resultados positivos de saúde para o cliente. Os comportamentos de promoção da saúde, particularmente quando associados a um estilo de vida saudável, enfatizando todos os aspetos da vida, resultam em melhor saúde, maior capacidade funcional e melhor qualidade de vida em todos os estágios de desenvolvimento. Considera-se que emerge como um método de apreciar os comportamentos promotores de saúde e promover o bem-estar do cliente, ou seja, ajudar os clientes a cuidarem de si próprios, como também proporcionar estilos de vida, com vista à promoção da sua saúde.

A intervenção da Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária constitui-se como primordial e fulcral na capacitação do indivíduo, família ou comunidade, para adoção de comportamentos favorecedores de saúde e de adesão a programas de rastreio e vigilância efetiva, que se traduzam em ganhos em saúde.

Os cuidados de saúde primários têm registado, cada vez mais, uma dimensão fundamental e de absoluta primazia, não só no tratamento da doença, como também, e de carácter essencial, na prevenção da mesma e das suas co-morbilidades (OE, Regulamento n.º 428/2018).

Deste modo, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária assume-se como um dos profissionais essenciais para garantir a capacitação do indivíduo, família ou comunidade, na medida em que fazem parte das suas competências:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;*
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;*
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;*
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.*

(OE, Regulamento n.º 428/2018)

Neste sentido a utilização do modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de Saúde Pública na promoção de comportamentos saudáveis é de caráter protetor em relação ao CCR. Assim, a promoção da literacia em saúde recorrendo ao modelo de Nola Pender apresenta-se como planeável e recomendado, na promoção de estilos de vida que promovam comportamentos saudáveis.

2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

O nosso projeto foi desenvolvido numa IPSS do concelho de Almada, pertencente à área geográfica de influência da unidade de saúde onde estivemos em Estágio. Esta IPSS tem grande implementação e impacto social na freguesia e concelho, pelas múltiplas atividades de apoio social a idosos e crianças. A metodologia e as questões éticas a elas associadas foram ponderadas e estabelecidas de forma a alcançarmos os objetivos previstos no respeito pelo código deontológico do Enfermeiro e pela proteção de dados dos participantes.

2.1 Metodologia de Planeamento em Saúde

A metodologia adotada foi a de metodologia de planeamento em saúde segundo Tavares (1990) e Imperatori e Giraldes (1993). Esta um carácter contínuo e dinâmico, pretendendo transformar a aplicação da lógica à tomada de decisão em saúde num processo mais eficiente (Imperatori e Giraldes, 1993).

A metodologia de *Planeamento em saúde* consiste na identificação de um problema de saúde na população considerado como prioritário e o desenvolvimento de estratégias que contribuam para a sua resolução, visando uma otimização de recursos, a fim de atingir os objetivos estabelecidos (Imperatori e Giraldes, 1993).

Assim, o desenvolvimento e implementação do nosso projeto teve por base as etapas que constituem o *Planeamento em Saúde*, sendo elas: *Diagnóstico de situação*; *Determinação de prioridades*; *Fixação de objetivos*; *Seleção de estratégias*; *Preparação operacional*; *Implementação* e *Avaliação* (Imperatori e Giraldes, 1993, e Tavares, 1990).

A primeira etapa, **diagnóstico da situação**, visa dar uma resposta às necessidades de uma população, sobre as quais se identificam situações que necessitam de intervenção. Deste modo, deverá sempre existir uma concordância entre o diagnóstico efetuado e as necessidades identificadas na população. A fim de elaborar um diagnóstico da situação, deverão ser estabelecidos alguns aspetos de forma a garantir a sua congruência, sendo eles: conhecimento do estado de saúde considerado deficiente na população, sobre o qual se pretende uma melhoria e determinação exata das necessidades a serem satisfeitas; pois, assim, conseguir-

se-á desenvolver estratégias para resolver ou melhorar o problema identificado (Imperator e Giralde, 1993).

Além do referido, é igualmente importante estabelecer alguns requisitos para a sua elaboração, como: descrição qualitativa e quantitativa da situação; conhecimento dos fatores de risco que a determinam; a análise da sua evolução, bem como, a sua perspectiva e a avaliação (*idem*).

A segunda etapa corresponde à **determinação de prioridades**, cujo objetivo assenta na hierarquização e a seleção de prioridades, tendo em consideração a tomada de decisão, uma vez que assenta no conhecimento exato do problema a fim de identificar qual a situação que deve ser solucionada em primeiro lugar (Imperator e Giralde, 1993); (Tavarez, 1990).

Na elaboração desta etapa, é necessário garantir que o promotor do projeto possua um conhecimento exato do problema, da relação deste com os fatores de risco que o determinam, bem como, da gravidade do mesmo, analisando em paralelo a conveniência da implementação de um projeto de intervenção nesta área, assim como, da disponibilidade de recursos, facilidade de execução e aceitação do mesmo por parte das instituições e população. Importa, igualmente, garantir a definição de critérios de decisão, a fim de garantir a formulação de objetivos específicos para a obtenção de resultados esperados e ganhos em saúde na população (*idem*).

Depois de se **fixarem os objetivos** há que fazer a **seleção de estratégias**, a qual permite formular intervenções e/ou formas de atuação, de modo a que se atinjam os objetivos inicialmente estabelecidos para a resolução do problema identificado. Estas estratégias deverão ser eficazes, criativas e inovadoras, de modo a assegurar possibilidade e facilidade na execução do projeto (Imperator e Giralde, 1993). Esta etapa requer que sejam definidos os recursos possíveis para execução do projeto, analisando para cada estratégia os seguintes aspetos: custo-benefício, pertinência, vantagens e desvantagens (*idem*).

A penúltima etapa do *Planeamento em saúde* refere-se à **preparação operacional e implementação** visa identificar e definir com exatidão as atividades inerentes à execução do projeto. Estas atividades deverão dar resposta aos objetivos estabelecidos, tendo em vista

a otimização dos recursos, garantindo deste modo, a efetividade e eficácia do projeto e, consequentemente, a resolução do problema de saúde identificado (*idem*).

De forma a garantir a definição e execução de cada uma destas atividades, importa definir para cada uma delas, os seguintes aspetos:

“o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade” (Tavares, 1990, 169).

A última etapa *do Planeamento em saúde* corresponde à **avaliação** [e controlo] do projeto de intervenção, cujo objetivo é verificar se as estratégias e atividades que foram delineadas e implementadas satisfizeram, com sucesso, o problema de saúde identificado, contribuindo para a sua resolução efetiva e eficaz. Esta etapa pressupõe uma análise comparativa entre o estado inicial do problema identificado e o estado final desse mesmo problema, averiguando a melhoria e ganhos em saúde (*idem*).

2.2 Metodologia de recolha e tratamento de dados

A população-alvo do nosso projeto foi constituída pelos colaboradores da referida instituição, uma IPSS, que são no total 300.

Na etapa de diagnóstico, para a recolha de dados, foi utilizado um questionário com 14 questões, sendo uma delas aberta, a fim de aferir os conhecimentos que a população alvo possuía sobre o cancro colon retal. (Apêndice I). O questionário foi elaborado a partir da bibliografia consultada, nomeadamente vários questionários já elaborados por diferentes autores contendo as seguintes áreas:

- **Dados sociodemográficos**
- **Conhecimento sobre o cancro colon retal**
- **Necessidades do inquirido para melhorar os comportamentos preventivos**

Em **relação à amostra** foi selecionada uma amostra de conveniência, constituída pelos funcionários que se prestaram a responder ao questionário no dia em que estes foram

distribuídos na instituição. Foi escolhido um dia da semana que foi considerado pela diretora técnica um dos que existiria mais disponibilidade dos funcionários para responderem.

Foram **critérios de inclusão** na amostra:

- ter mais de dezoito anos de idade
- ser prestador formal de cuidados, não profissional de saúde
- ser funcionário da instituição.

Os questionários foram distribuídos aos funcionários pelos serviços administrativos da instituição no dia aprazado. Obtivemos 78 respostas. O questionário foi novamente respondido no final do projeto para podermos avaliar se as intervenções definidas tinham tido o impacto desejado.

A análise dos dados realizada é de caráter descritivo. A análise e tratamento de dados foi realizada através de análise quantitativa pelo programa Statiscal Pacrage for the Social Sciences (SPSS), para as questões fechadas, e por análise de conteúdo da questão aberta.

Segundo Bardin (2006), a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que tem o objetivo de enriquecer a leitura dos dados, procurando alcançar o significado que existe nas comunicações, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

2.3 Questões éticas

Este projeto de investigação respeitou os princípios éticos inerentes a qualquer trabalho de investigação. Foi solicitada autorização à direção da instituição IPSS que nos foi concedida. (Anexo I).

Foi pedido parecer à Comissão de Ética da ESS/IPS (Anexo II) que também nos foi concedida.

Foi solicitado o consentimento informado aos inquiridos pelo questionário (Apêndice II).

Todas as entidades, participantes e outros intervenientes no projeto foram informados do objetivo do mesmo, sendo garantida a liberdade de desistirem a qualquer momento, da sua colaboração. Assumiu-se como compromisso o anonimato de todos os intervenientes

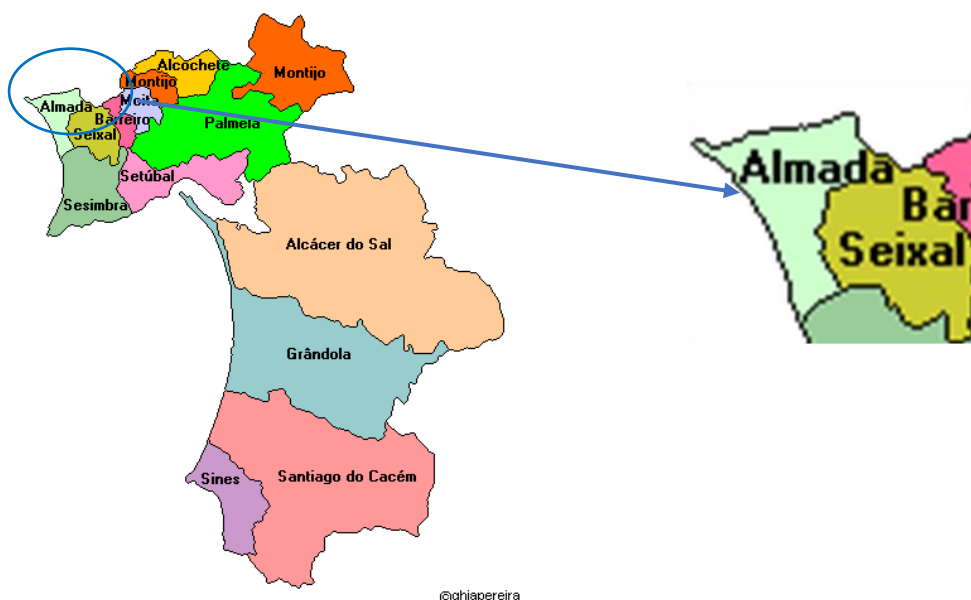
envolvidos, bem como, a confidencialidade dos respetivos dados recolhidos. Não existiram quaisquer interesses económicos e financeiros.

Assim todo o nosso trabalho respeitou o dever do sigilo, (artº 106º do REPE, na alínea d), de manter o anonimato das pessoas em causa de investigação ou em situações de ensino. (OE,2015).

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Conforme já referenciado anteriormente, o diagnóstico de saúde é o primeiro passo no processo de Planeamento em Saúde. Como já referido o nosso Estágio decorreu numa unidade de saúde familiar (USF) do ACES Almada-Seixal, tendo o nosso projeto sido desenvolvido numa Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Almada. O nosso diagnóstico foi realizado após a consulta de documentos e a aplicação de um questionário para recolha de dados e direcionado para uma **área problemática específica**: neoplasias.

3.1. Caracterização geográfica e sociodemográfica



O concelho de Almada tem uma área de 71 Km², localizando-se na margem esquerda do rio Tejo, e pertence ao distrito de Setúbal e Área Metropolitana de Lisboa. Faz fronteira com o concelho do Seixal a Este e com o concelho de Sesimbra a Sul; a Oeste, o concelho de Almada é rodeado pelo Oceano Atlântico.

Segundo Censos de 2011, é constituída por uma população de 174 030 habitantes, 72 236 famílias, 101 619 habitações, 34 750 edifícios, sendo o principal concelho, em termos populacionais, da Margem Sul da Área Metropolitana de Lisboa. A nível populacional, cerca de 55,6% da população tem entre 25 e 64 anos de idade e 49,4% da população tem idade inferior a 40 anos.

O concelho de Almada é constituído pelas freguesias urbanas: Almada, Cova da Piedade e Cacilhas, encontrando-se mais envelhecidas, em contrapartida com as freguesias de características mais rurais: Caparica, Pragal e Charneca de Caparica que apresentam uma maior percentagem de jovens. No que se refere a população ativa, está é constituída por cerca de 81 500 habitantes, correspondendo a uma taxa de atividade de 50,6%. Desta população, 76% está empregada no setor terciário, refletindo a evolução deste setor de atividade nos últimos anos, em detrimento dos setores industrial e agrícola.

O índice de poder de compra (per capita) é estimado em cerca de 121,41, sendo um valor acima da média da Península de Setúbal (108,33).

3.2 Recursos de saúde e sociais

No que se refere às **infraestruturas de cuidados de saúde**, o concelho de Almada é servido por 21 unidades funcionais prestadoras de cuidados de medicina geral e familiar, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada-Seixal. Destas unidades de saúde dezasseis (16) são Unidades de Saúde Familiar (USF) e cinco (5) Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Destacam-se também o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e a Unidade de Saúde Pública (USP), a UCC de Almada. As unidades funcionais de cuidados continuados e nos cuidados de saúde primários pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada-Seixal são: UCSP Rainha D. Leonor; UCSP Santo António do Laranjeiro; UCSP Charneca de Caparica; UCSP Corroios; UCSP Amora; USF Sobreda; USF Vista Tejo; USF Poente; USF Costa do Mar; USF Charneca do Sol; USF Cova Piedade; USF Feijó; USF S. João Pragal; USF Servir Saúde; USF Amora Saudável; USF Rosinha; USF CSI-Seixal; USF Cuidar Saúde; USF Torre; USF Pinhal Frades; USF Fernão Ferro; UCC Outra Margem; UCC Seixal; Unidade de Cuidados Assistenciais Partilhados; Centro de Diagnóstico Pneumológico; Unidade de Saúde Pública. (Duque, C; Teixeira, E & Filipe, S, 2017)

O ACES Almada-Seixal é a instituição do Serviço Nacional de Saúde prestadora de Cuidados de Saúde Primários à população dos concelhos de Almada-Seixal. O ACES Almada-Seixal foi criado pela Portaria n.º 394-B/2012, de 29/11. Este agrupamento integra, na sua área geográfica de influência, os concelhos de Almada e Seixal cuja superfície é 116,57

km² e a população residente corresponde a cerca de 332.299 habitantes, segundo os censos de 2011. (Duque, Teixeira, & Filipe, 2017)

Este ACES surgiu em 2012, com a junção do ACES de Almada e do ACES Seixal/Sesimbra (vertente do Seixal), sendo constituído por 19 unidades funcionais prestadoras de cuidados de medicina geral e familiar, das quais 13 Unidades de Saúde Familiar (USF) e 6 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Além das unidades referidas, na prestação de cuidados de saúde, destacam-se, ainda, o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e a Unidade de Saúde Pública (USP) abrangendo os dois concelhos, e as duas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), cada uma delas com abrangência concelhia. O ACES Almada-Seixal articula-se como o Hospital Garcia de Orta, no que refere a cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra. Tendo ainda a missão de desenvolver atividades de investigação e formação no pré e pós-graduada de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino. (Duque, Teixeira, & Filipe, 2017)

O ACES Almada-Seixal tem como missão: “Assegurar a promoção da saúde, a prestação de cuidados e a sua continuidade através da racionalização da utilização de recursos, num quadro de articulação entre entidades e de um processo de melhoria continua envolvendo o cidadão”. (ARSLVT)

Apresenta, ainda, como visão: “Desenvolver capacidades para a elaboração de uma estratégia local de saúde que permita o funcionamento integrado das Unidades Funcionais do ACES e Instituições com quem se articula.” (ARSLVT)

Este agrupamento assenta em valores que permitam a sua funcionalidade e operacionalização, sendo eles:

- Melhorar a acessibilidade, a qualidade e a efetividade;
- Melhorar a gestão dos recursos;
- Promover o trabalho em equipa, em parceria e em complementaridade;
- Estimular o trabalho na comunidade;
- Utilizar a avaliação e o benchmarking como ferramentas de motivação e envolvimento. (ARSLVT)

O ACES , no que se refere à sua atuação, apresenta como finalidade melhorar o nível de saúde da população, através da promoção e da proteção da saúde dos indivíduos ao longo do seu ciclo de vida, reduzindo a incidência de doenças relacionadas com comportamentos e estilos de vida (obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infeções sexualmente transmissíveis, entre outros), prestando à comunidade e famílias cuidados orientados para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, estimulando o indivíduo para o autocuidado e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas que faz em relação à sua saúde.

Toda a atividade médica, de enfermagem e administrativa e respetiva carga horária está organizada em função das previsões das necessidades dos utentes, tendo em consideração a definição de metas para os diversos programas, baseados nas necessidades de saúde identificadas, bem como, nos dados estatísticos anteriores.

Relativamente à acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, salienta-se o atendimento telefónico ao utente, de trinta minutos diários, por parte da Equipa Médico de Família/Enfermeiro de Família, a desburocratização do sistema e a conceção de horários flexíveis de atendimento. Relativamente à continuidade dos cuidados, nomeadamente ao nível da comunidade, salienta-se a garantia de cuidados de enfermagem domiciliários às puérperas e recém-nascidos, após a alta hospitalar, assim como, aos utentes dependentes e em fase terminal de vida e suas famílias, promovendo a articulação e continuidade dos cuidados a diferentes níveis, nomeadamente com a Rede Nacional de Cuidados na Comunidade. É, ainda, assegurada a prestação de cuidados ao utente em situação de doença aguda durante o horário de funcionamento da USF (das 8 às 20 horas em dias úteis), evitando que os utentes recorram ao serviço de urgência hospitalar. (USF-São João do Pragal)

O concelho de Almada é também servido por uma unidade de cuidados hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Hospital Garcia de Orta. Este é o hospital de referência para a Península de Setúbal, e para algumas áreas para o sul do País.

O mesmo, tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra. Desenvolve atividades de investigação e formação, pré e pós-graduada, de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas.

O Hospital Garcia de Orta, é o Centro de Referência de Oncologia de Adultos-Cancro do Reto (CRCR). Presta serviços de diagnóstico, estadiamento, terapêutica médica e cirúrgica e consequente seguimento. Desenvolve atividades em ambulatório e em internamento, tendo sido reconhecido nas suas competências para prestação de cuidados de saúde diferenciados de qualidade.

O CRCR articula-se com outras instituições de forma a garantir a qualidade dos cuidados de saúde, tais como, o Serviço de Radioterapia do Hospital do Barreiro, o Serviço de Genética do IPATIMUP, o Departamento de Cirurgia Hépato-Bilio-Pancreática do Hospital Curry Cabral (Centro Hospitalar Lisboa Central) e o Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente (Centro Hospitalar Lisboa Norte). (HGO,2019)

A USF contexto de Estágio: O projeto de intervenção foi desenvolvido numa instituição da área abrangida por uma USF, onde realizámos os nossos Estágios, pelo que se faz aqui uma breve caracterização da mesma. Esta USF é composta por uma equipa multidisciplinar de 8 médicos, 7 enfermeiros e 6 secretários clínicos. A USF intervém numa comunidade composta por cerca de 14045 inscritos.

Todos os cuidados de saúde carecem de agendamento prévio, que pode ser efetuado presencial, telefonicamente ou por e-mail (indicação da preferência, de acordo com horário do médico de família). O agendamento permite ao utente marcar uma consulta e, consequentemente, ser informado acerca da data e hora da realização da mesma; recomendando-se, na generalidade, que os serviços de saúde sejam agendados com a máxima antecedência possível. No entanto, alguns serviços poderão ser agendados no próprio dia, como a vacinação, tratamentos de enfermagem e consulta médica.

A USF presta cuidados de saúde nas seguintes áreas de intervenção: Saúde Infantil e Juvenil; Saúde Materna; Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Cuidados de Enfermagem;

Consulta aberta da USF; Consultas de Medicina Geral; Consulta Programada para Vigilância e Prevenção; Consultas sem contacto com o Médico; Consultas Médicas e de Enfermagem no Domicílio.

Existem no conselho de Almada cerca de 40 **instituições de apoio social**, pelo que, neste diagnostico vou apenas caraterizar a IPSS - Centro Social e Paroquial Padre Ricardo Gameiro, sendo que esta é a de maior dimensão, tendo as suas instalações na cidade. (ARSLVT)

A IPSS contexto de Estágio: A IPSS onde desenvolvemos o nosso projeto nasceu há mais de quarenta anos, na comunidade da Cova da Piedade, com o objetivo de responder às necessidades existentes, assente na promoção da dignidade humana, baseada em premissas da religião católica. Teve os seus primeiros estatutos publicados a 23 de fevereiro de 1973, sendo no ano de 2005 que esta instituição passou a ter uma nova designação. Inicialmente, com reduzidas possibilidades, encontrava-se no bairro Nossa Senhora da Piedade, no qual que se concentraram, durante 25 anos, todas as respostas sociais, tendo em 1998 surgindo o segundo equipamento social, e posteriormente, em 2000, em 2004 e em 2010 os outros equipamentos.

Em termos de equipamentos seniores, a IPSS dispõe de dois equipamentos. Possui ainda uma estrutura vocacionada para a cultura; e outra direcionada para o alojamento de estudantes. Deste modo, atualmente dispõe de nove equipamentos sociais, sendo: cinco na área de Infância, duas na área sénior e duas na área cultural; nos quais se integram trinta respostas sociais. A nível corporativo, este centro é constituído por trezentos trabalhadores, inúmeros voluntários e benfeitores.

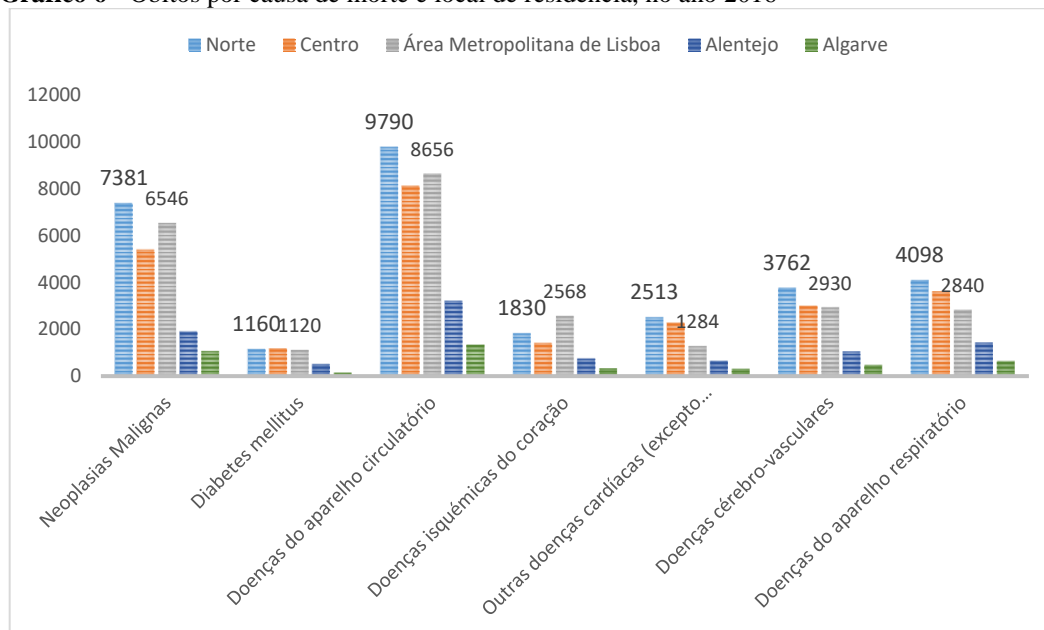
3.3. Dados epidemiológicos sobre o cancro no concelho de Almada

Segundo dados epidemiológicos, os tumores malignos apresentam-se como um problema de saúde pública grave nos dias de hoje, resultantes do envelhecimento e expansão das populações, constituindo-se, por esse motivo, um problema de saúde sobre o qual é

necessária e emergente uma intervenção direcionada. Esta particularidade verifica-se na região de Lisboa e Vale do Tejo, onde se confirma uma elevada taxa de mortalidade na população de idade inferior a 75 anos de idade de ambos os géneros, segundo estatísticas do INE.

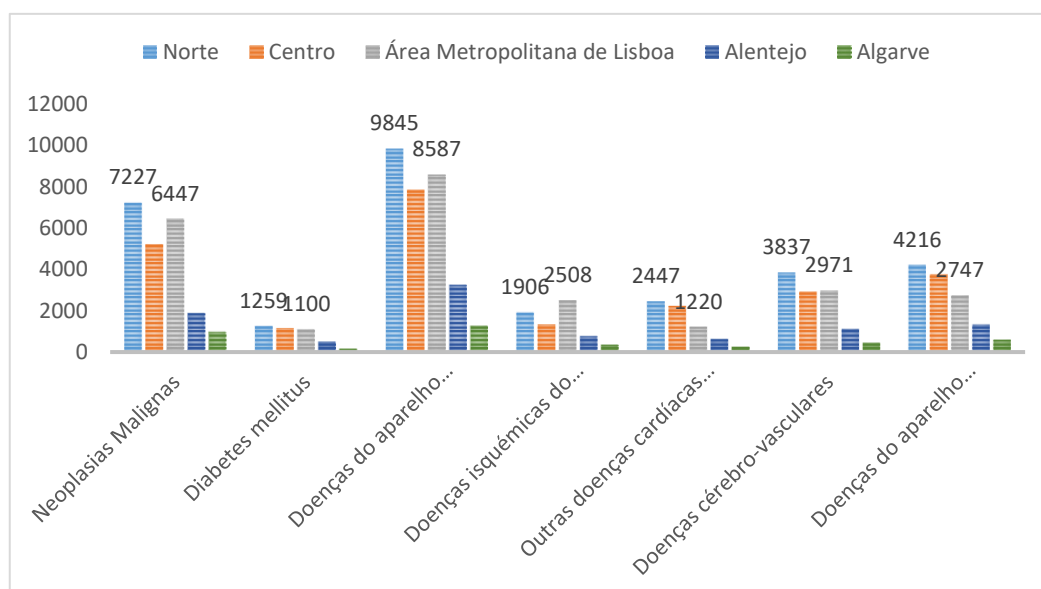
O cancro do cólon e reto é o segundo tipo de cancro com maior incidência a nível nacional e o terceiro na Região de Almada-Seixal, de acordo com dados de 2014 e 2015, apresentando uma maior manifestação nos homens do que nas mulheres, tendência que se mantém para anos seguintes. De acordo com os gráficos abaixo (Gráfico 6 e 7), verifica-se que a manifestação de óbitos por causa de morte e locais de residência é maior nas doenças de foro circulatório (como abordado anteriormente), nas regiões do Norte e Área Metropolitana de Lisboa; seguida das neoplasias malignas, nas mesmas regiões, para o ano de 2015 e 2016, registando-se, respetivamente, cerca de 6546 e 6447 óbitos por neoplasia para a Área Metropolitana de Lisboa.

Gráfico 6 - Óbitos por causa de morte e local de residência, no ano 2016



Fonte: Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Causa de morte (Lista sucinta europeia); Anual - INE, Óbitos por causas de morte
Última atualização: 16 de março de 2018

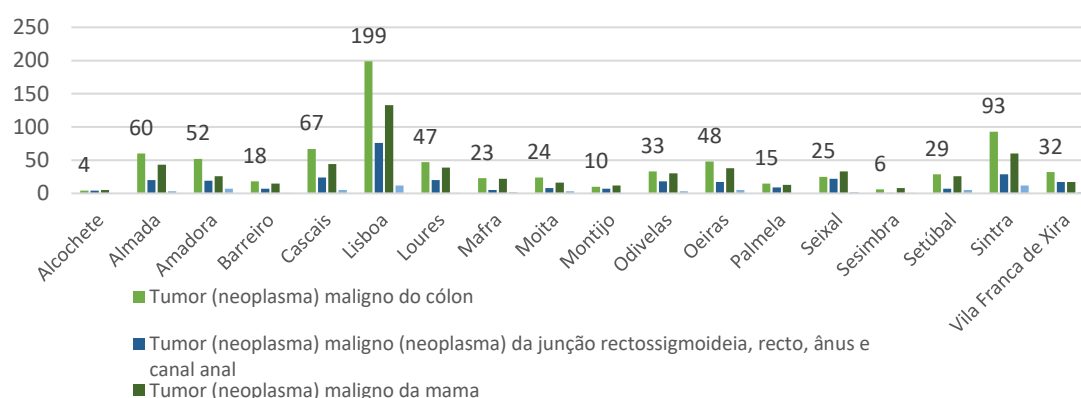
Gráfico 7 - Óbitos por causa de morte e local de residência, no ano 201



Fonte: Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Causa de morte (Lista sucinta europeia); Anual - INE, Óbitos por causas de morte
Última atualização: 16 de março de 2018

Importa referir que na Área Metropolitana de Lisboa (Gráfico 8 e Gráfico 9), o tipo de neoplasia que constitui a principal causa de óbito, é a neoplasia de colon e reto comparativamente com o cancro do colo do útero e da mama.

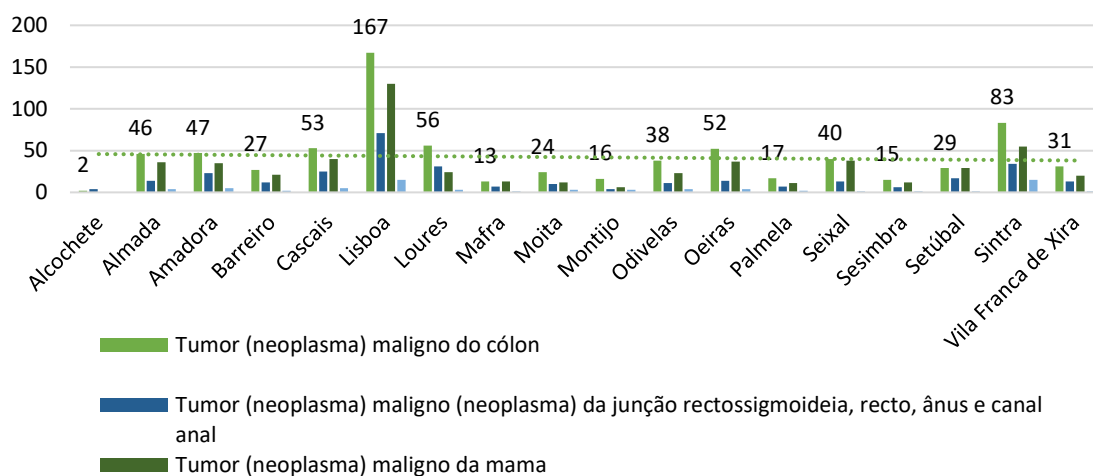
Gráfico 8 - Óbitos por causa de morte e local de residência (Área Metropolitana de Lisboa), no ano 2016



Fonte: Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Causa de morte (Lista sucinta europeia); Anual - INE, Óbitos por causas de morte
Última atualização: 16 de março de 2018

A região com maior registo de óbitos é Lisboa para o ano de 2016, seguida de Sintra e posteriormente Cascais. No que se refere ao concelho de Almada, registaram-se em 2015, cerca de 47 óbitos e em 2016, 52 óbitos, tendo o concelho ficado entre os 5 primeiros concelhos com registo de óbitos por esta neoplasia.

Gráfico 9 - Óbitos por causa de morte e local de residência (Área Metropolitana de Lisboa), no ano 2015



Fonte: Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Causa de morte (Lista sucinta europeia); Anual - INE, Óbitos por causas de morte
Última atualização: 16 de março de 2018

Neste contexto e, tendo sido já identificadas melhorias ao nível dos rastreios efetuados, uma vez que se verificavam assimetrias significativas na cobertura geográfica, foi determinado através do Despacho n.º 4771-A/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 68, de 7 de abril de 2016, que as Administrações Regionais de Saúde deviam desenvolver, na respetiva área geográfica, medidas coordenadas para implementar os rastreios de base populacional nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero e do cancro do cólon e reto.

Isto porque, os ganhos em saúde são maiores em relação ao custo-benefício. Salienta-se ainda que, os conhecimentos sobre os fatores de risco, que podem ter um efeito protetor contra o desenvolvimento do CCR, os sintomas associados a este tipo de cancro, os rastreios de base populacional, bem como as orientações e estratégias implementadas internacionalmente, devem garantir uma cobertura a nível nacional, no sentido de garantir a equidade de todos os utentes.

Sabe-se que a manifestação do cancro cólon retal, e de outros cancros, pode ser desencadeada por fatores de risco modificáveis associados a comportamentos de risco, como

a alimentação rica em gorduras e açúcares, estilo de vida, sedentarismo, obesidade, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, entre outros.

Modificações nos comportamentos e estilos de vida, assegurando, determinantes de saúde positivos:

- Manutenção de um peso corporal ideal;
- Cessação do tabaco;
- Consumo moderado de álcool;
- Exercício físico regular;
- Entre outros.

(Freitas, 2002)

Com o intuito de realizar uma deteção precoce, considera-se importante realizar ações de sensibilização numa faixa etária mais jovem comparativamente à faixa etária característica do aparecimento do cancro cólon rectal, a fim de alertar, precocemente, os sinais e sintomas característicos deste tipo de cancro, bem como aumentar a literacia em saúde, com vista à capacitação para a receção de comportamentos protetores da saúde e evitar comportamentos de risco. Neste sentido, torna-se imprescindível direcionar a informação e educação para a saúde em grupos populacionais específicos, baseada em intervenções multidisciplinares, integradas e dirigidas á nossa população-alvo.

Neste contexto e, tendo sido já identificadas melhorias ao nível dos rastreios efetuados, uma vez que se verificavam assimetrias significativas na cobertura geográfica, foi determinado através do Despacho n.º 4771-A/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 68, de 7 de abril de 2016, que as Administrações Regionais de Saúde deviam desenvolver, na respetiva área geográfica, medidas coordenadas para implementar os rastreios de base populacional nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero e do cancro do cólon e reto.

Ora a realização dos rastreios só será uma realidade se as pessoas tiveram a informação que lhes permita reconhecer a sua relevância para a prevenção e tratamento precoce. Assim decidimos saber qual o conhecimento que a nossa população tem sobre o cancro colon rectal.

3.4 Aplicação dos Questionários – Resultados

Os questionários foram aplicados como já referido anteriormente, numa IPSS a uma amostra de conveniência, tendo sido obtido através dos mesmos 78 respostas.

A caracterização da amostra é apresentada na **Tabela 1**, sendo que a amostra é maioritariamente composta pelo género feminino, sendo a faixa etária entre os 20-40 anos e ao nível da escolaridade, a amostra é composta maioritariamente por indivíduos com ensino secundário e licenciatura.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da amostra em estudo	
VARIÁVEIS	n
Género	
Feminino	74
Masculino	4
Faixa etária	
18 – 19 anos	2
20 – 40 anos	76
Nível de escolaridade	
2º Ensino Básico	2
3º Ensino Básico	12
Ensino Secundário	29
Licenciatura	28
Mestrado	7

No que se refere à «Tipologia da fonte de informação sobre o CCR», apresentam-se na Tabela 4, os dados obtidos. Salienta-se que cerca de 41% reconhecia a comunicação social como a principal fonte informação. Evidencia-se, igualmente, que a maioria da amostra (75,6%) identifica no primeiro não possuir informação suficiente sobre o CCR.

Tabela 2 – Conhecimento sobre Tipologia da Fonte de informação sobre CCR		
VARIÁVEIS	1º Inquérito	
	n	%
Conhecimento sobre a principal fonte de informação sobre CCR?		
Nenhuma	9	11,5
Comunicação Social	32	41,0
Revistas/Jornais Científicos	6	7,7
Médico de Família	11	14,1
Enfermeiro do CS	1	1,3
Internet	19	24,4
Conhecimento sobre a informação que possui e se a mesma é suficiente?		
Sim	19	24,4
Não	59	75,6

No que se refere à variável acerca do conhecimento sobre fatores de risco «Fatores de risco para o CCR», os resultados obtidos encontram-se representados na Tabela 5. Verificou-se que a maioria para considera o fator de risco apresentado como fator predisponente

do aparecimento de CCR, sendo esses fatores: idade superior ou igual a 50 anos, Obesidade, Tabagismo Consumo de carne vermelha, reduzida atividade física e Hereditariedade.

Tabela 3 – Conhecimento sobre os fatores de risco para CCR		
Variáveis	1º Inquérito	
	n	%
Idade ≥ a 50Anos		
Sim	57	73,1
Não	21	29,6
Obesidade		
Sim	61	78,2
Não	17	21,8
Tabagismo		
Sim	62	79,5
Não	26	20,5
Consumo de carne vermelha		
Sim	56	71,8
Não	44	20,2
Reduzida Atividade Física		
Sim	63	80,8
Não	15	19,2
Hereditariedade		
Sim	71	91,0
Não	7	9,0

Quanto à variável «Identificação de sinais/sintomas do CCR», a Tabela 6 apresenta os resultados obtidos. Salienta-se que a maioria dos inquiridos responde como principais sintomas a presença de sangue nas fezes, alterações de hábitos intestinais e perda de peso sem razão aparente.

Tabela 4 – Conhecimento sobre sinais/sintomas de CCR		
Variáveis	1º Inquérito	
	n	%
Presença de sangue nas fezes	65	83,3
Alterações de hábitos intestinais	52	66,7
Perda de peso sem razão aparente	45	57,7
Dor abdominal persistente	34	43,6
Cansaço inexplicado	31	39,7
Anemia	24	30,8
Perda de Appetite	16	20,5
Sensação de enfartamento	7	9,0
Sem sintomatologia	23	29,6

Quanto à variável «a partir de que idade é recomendado o rastreio», a maioria dos inquiridos responde que é a partir dos 40-50 anos que se recomenda o rastreio do CCR, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 5 – Conhecimento sobre a idade recomendada para o início do rastreio		
Variáveis	1º Inquérito	
	n	%
20 – 30 Anos	14	17,9
40 – 50 Anos	40	51,3
50 – 60 Anos	23	29,5
Depois dos 70 anos	1	1,3

Em síntese no que se refere à «Tipologia da fonte de informação sobre o CCR», a maioria dos inquiridos reconhece a comunicação social como a principal fonte de informação. Salienta-se que o enfermeiro do CS apresenta uma percentagem muito reduzida de 1,3%. Este facto evidencia que em termos comunitários, os enfermeiros não têm investido sobre esta temática.

No que se refere à variável acerca dos «Fatores de risco para o CCR», verificou-se que a maioria dos inquiridos considerava qualquer um dos fatores apresentados como um fator predisponente para o aparecimento do CCR.

Quanto à variável «Identificação de sinais/sintomas do CCR», a maioria dos inquiridos responde como principais sintomas a presença de sangue nas fezes, alterações de hábitos intestinais e perda de peso sem razão aparente.

Quanto à variável «a partir de que idade é recomendado o rastreio», a maioria dos inquiridos responde que é a partir dos 40-50 anos que se recomenda o rastreio do CCR, evidenciando a perceção que estes possuem sobre uma deteção precoce para um diagnóstico e tratamento mais efetivo.

4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Após o diagnóstico de situação na área das doenças oncológicas, foi possível constatar que as mesmas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente a doença mais temida pela população, pelo seu número de casos que tende a aumentar gradualmente.

O aparecimento do cancro colon retal tem apresentado cada vez mais um aumento significativo da sua incidência, tratando-se de um dos tipos de neoplasia com maior expressão numérica não só em Portugal como também a nível mundial. A nível mundial, sabe-se que esta neoplasia é responsável por cerca de 700 mil mortes anuais e em Portugal a sua prevalência tem vindo a aumentar de forma acentuada e exponencial, conforme se pode verificar no gráfico abaixo.

Os dados concelhios sobre as neoplasias e o impacto do CCR permitiram identificar esta problemática como uma das mais pertinentes, enquanto problema a merecer uma intervenção, sendo identificada inicialmente, no PNS (extensão até 2020), quando este prevê como meta de saúde «Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%», sobre doenças não transmissíveis como as neoplasias (PNS, 2015).

O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO), refere que o rastreio do CCR é assumido como uma área prioritária e de maior investimento, estando em programas piloto disseminados nacionalmente, de forma a atingir um alargamento geográfico progressivo e solidificado (PNDO, 2017).

No que se refere ao Plano do ACES Almada-Seixal, este tem em consideração a problemática, apresentando como duas das áreas de intervenção prioritárias: a prevenção de neoplasias e a literacia em saúde; tendo como objetivo estratégico a redução da taxa bruta de anos de vida potenciais perdidos por neoplasia em 2% (Plano ACES Almada-Seixal).

A análise dos resultados da análise epidemiológica permitiram-nos identificar o CCR como um problema e os resultados obtidos através do questionário à nossa população alvo,

identificam uma problemática específica: o déficit de conhecimento da nossa população-alvo sobre esta patologia.

Os autores Imperatori e Giraldes (1993) identificaram três critérios de determinação de prioridades de problemas em saúde: a magnitude, caracterizando o problema pela sua dimensão, a transcendência, valorizando as mortes por grupos etários e a vulnerabilidade, correspondendo à possibilidade de prevenção. Tavares (1990), refere também estes três critérios considerados como clássicos para a priorização dos problemas:

1. Magnitude (pela caracterização do problema e pela sua dimensão);
2. Transcendência (destaca as mortes por grupos etários;
3. Vulnerabilidade, pela prevenção.

A problemática do CCR, apresenta uma magnitude, que se relaciona com a sua dimensão epidemiológica; a transcendência que diz respeito à importância segundo o grupo etário alvo a que se dirige, mas também pela vulnerabilidade que está relacionada como a prevenção e todas as ações de vigilância no sentido da promoção e manutenção da saúde e da prevenção da doença.

A utilização da grelha de análise permite determinar as prioridades com base em quatro critérios: importância do problema, relação entre o problema e os fatores de risco, a

capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção do mesmo (Tavares, 1990).

Assim, aplicando-se a grelha de análise d, atribui-se a classificação de mais (+) ou de (-) a cada problema, segundo os critérios enunciados anteriormente.

Figura 2: Grelha de análise do problema

PREVENÇÃO DO CANCRO DO COLON RETAL	
➤ Importância do Problema	➤ +
➤ Relação Problema/Fator de Risco	➤ +
➤ Capacidade Técnica de Intervir	➤ -
➤ Exequibilidade	➤ +

Fonte: baseado em Tavares (1990)

A relevância deste problema foi considerada como um mais (+), pelos dados observados verifica-se que o CCR é um problema presente e crescente no concelho de Almada, conforme já referido anteriormente por dados de várias entidades, sendo o desconhecimento sobre ela um problema relevante pois contribui para comportamentos que favorecem o seu aumento. Assim o défice de conhecimento sobre esta patologia, tem implicação direta na relação com os fatores de risco, como referido anteriormente.

Em relação à capacidade técnica para resolver o problema, foi considerado menos (-), pois, o mesmo não é um problema de resolução acessível e linear, sendo necessário vários esforços na educação para a saúde, nomeadamente procurando a adesão da população mais jovem a ações de educação para a saúde, aumentando a sua literacia sobre o CCR não só a nível regional, mas também nacional. Contudo, pretende-se continuar a intervir junto da população e dos profissionais de saúde, procurando assim, aumentar a literacia em saúde sobre o CCR com o propósito de contribuir também para reduzir a incidência e prevalência desta neoplasia.

Relativamente ao que se confere à exequibilidade do projeto, este critério foi considerado como um mais (+), pela possibilidade de ser exequível, bem como, pela

disponibilidade de recursos e meios para a sua realização e concretização.

Assim consideramos que um projeto de intervenção no sentido de aumentar a literacia sobre o cancro colon retal é de extrema pertinência, dado que existe um aumento significativo da sua incidência, tratando-se de um dos tipos de neoplasia com maior expressão numérica não só em Portugal como também a nível mundial. Salientamos também a necessidade da população alvo melhorar os conhecimentos que possui sobre o cancro colon retal, nomeadamente sobre os fatores de risco e comportamentos preventivos.

Segundo Tavares (1990, p.101), *"determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados do diagnóstico de situação, muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos - humanos, físicos e/ou financeiros"*.

A nossa determinação e empenho no projeto, assim como a disponibilidade manifestada pela IPSS e seus colaboradores, permitem afirmar a existência de recursos para a realização e implementação de um projeto de promoção da literacia sobre o cancro colon retal. Por outro lado, a metodologia de planeamento em saúde por nós utilizada constitui-se como um processo organizativo, fundamental para a racionalização dos recursos inerentes à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários. Apresenta um carácter contínuo e dinâmico e pretende transformar a aplicação da lógica à tomada de decisão em saúde num processo mais eficiente (Imperatori e Giraldes, 1993).

Deste modo, considera-se prioritário na execução deste projeto, promover a literacia sobre este tipo de cancro de forma a prevenir (ou reduzir) a exposição do indivíduo aos fatores de risco. A atuação nos fatores de risco modificáveis, como a alimentação rica em gorduras e açúcares, estilo de vida, sedentarismo, obesidade, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, entre outros, é como já referido essencial para a prevenção desta neoplasia.

5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E DE ESTRATÉGIAS

A definição de objetivos e a seleção de estratégias são etapas do processo de planeamento em saúde e permitem estabelecer a partir delas as restantes etapas da metodologia.

5.1 População alvo e objetivos

Foi definida como população-alvo deste projeto, os colaboradores da IPSS Centro Social e Paroquial Padre Ricardo Gameiro (pertencente à área geográfica de influência do ACES Almada/Seixal) com idades entre os 20 anos e os 50 anos de idade.

Na sequência do diagnóstico de saúde e da justificação da prioridade da problemática foram delineados os seguintes objetivos para o projeto de intervenção:

Objetivo Geral:

- Promover a literacia sobre o cancro colon-retal.

Objetivo específicos:

- Aumentar os conhecimentos sobre o cancro colon-retal e seu impacto individual, familiar e social;
- Aumentar os conhecimentos sobre comportamentos saudáveis no âmbito da prevenção do cancro colon-retal;
- Promover a adesão ao rastreio do cancro colon-retal;
- Promover o conhecimento sobre cuidados de suporte e apoio aos doentes com cancro colon rectal.

5.2 Definição de estratégias

É fundamental uma estratégia de desenvolvimento de ações de sensibilização e prevenção para adoção de comportamentos saudáveis e de adesão ao rastreio, de modo a permitir um diagnóstico precoce e a minorizar os custos pessoais, familiares e económicos, implicados no tratamento.

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO), engloba uma estratégia de ação nas diferentes áreas relacionadas com a prevenção e tratamento do cancro, de forma a obter maior qualidade e equidade de cuidados (PNPCDO, 2007). Entre elas a promoção da literacia sobre o CCR.

O enfermeiro tem um papel crucial nesta ação. A sua intervenção pode ser direcionada para grupos e comunidades. Seguindo a visão teórica de Nola Pender acerca da educação para a saúde, enquanto ferramenta para a Promoção da Saúde, e de acordo com o Modelo de Promoção da Saúde, é possível intervir junto da população-alvo, proporcionando-lhe conhecimentos e aumentando a sua literacia face a esta temática. Procurando assim, uma alteração nas suas atitudes e comportamentos que promovam a sua saúde e previnam a patologia.

Foram assim delineadas as seguintes estratégias:

- Educação para a saúde
- Trabalho de parceria com a IPSS – com vista ao envolvimento dos técnicos e dirigentes assim como de todos os funcionários
- Articulação e formação aos profissionais de saúde da USF - no sentido de assegurar posteriormente a continuidade do projeto
- Divulgação do projeto
- Reuniões periódicas com docente e enfermeiro orientador e responsáveis da IPSS

6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

Neste capítulo é apresentado a preparação operacional das intervenções e atividades desenvolvidas ao longo do projeto. Explicam-se as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos pretendidos e para a execução das estratégias preconizadas, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde.

São ainda referenciados os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros, bem como os resultados que se esperam alcançar das intervenções e atividades realizadas, com vista a alcançar os objetivos pretendidos.

6.1 Atividades e cronograma

As intervenções/atividades desenvolvidas para a implementação do projeto de intervenção comunitária, com vista a dar resposta aos objetivos delineados, foram desenvolvidas em função de cada objetivo específico proposto, as quais são contextualizadas no Cronograma de Atividades (Apêndice IV).

Logo, e de acordo com os critérios de conceção, as atividades selecionadas para atingir os objetivos foram as seguintes:

- Realização de quatro (4) sessões de educação para a saúde sobre o Cancro do Colon Retal;

Com base nos resultados do questionário aplicado na fase de diagnóstico foram preparadas e programadas quatro (4) sessões de educação para a saúde dirigidas aos colaboradores da IPSS, com os seguintes temas:

- Estilos de vida saudáveis: prevenção do cancro;
- O cancro colon retal: medidas de prevenção e proteção;
- Viver com patologia do colon;
- Impacto e adaptação.

A preparação das sessões foi delineada de acordo com as necessidades encontradas durante o diagnóstico de situação, bem como da disponibilidade dos colaboradores da IPSS. As sessões de educação para a saúde pretendiam capacitar a população para adoção de comportamentos favorecedores de um estilo de vida saudável e conhecimentos que promovam a adesão a comportamentos preventivos e ao rastreio. Definimos ainda como objetivos específicos destas sessões: identificar os conhecimentos que a população-alvo possui sobre o cancro colon retal e os seus fatores de risco e melhorar os conhecimentos desta população sobre comportamentos preventivos e de tratamento, apoio e suporte face a esta neoplasia.

As sessões foram organizadas segundo o formato seguinte: nos primeiros 15 minutos (introdução) foi realizada uma breve apresentação do investigador e da pertinência do tema e distribuído breve questionário para avaliação dos conhecimentos. O desenvolvimento do tema decorreu nos 45 minutos seguintes com uma breve contextualização sobre o cancro colon-rectal, fatores de risco, os fatores protetores e fontes de informação. No final, foi realizada uma pequena discussão com esclarecimento de dúvidas, assim como aplicado de novo o questionário para validação dos conhecimentos adquiridos.

- Divulgação dos recursos de apoio, de prevenção, tratamento e acompanhamento existentes

Foi programado elaborar um folheto informativo sobre os recursos de apoio existentes e distribuí-lo nas sessões.

Realizada uma sessão com testemunho de uma doente e divulgação de associação de apoio.

- Sessão de formação sobre a temática aos profissionais de saúde da USF

Foi programada uma sessão de formação sobre a temática aos profissionais de saúde da USF onde decorreu o estágio.

- Elaboração e distribuição de um folheto informativo acerca do CCR

Foi elaborado folheto que foi distribuído na IPSS e na USF.

- Criação de um questionário para entrega no início e final de cada sessão, para perceção e validação de conhecimentos adquiridos, nas atividades de educação para a saúde.

- Realização de Reuniões periódicas com docente e enfermeiro orientador

Foram programadas 3 reuniões com o docente e enfermeiro orientador e contactos via telefone ou email sempre que necessário.

- Reuniões de apresentação e avaliação do projeto com a responsável técnica da IPSS

Foram programadas 3 reuniões.

6.2 Recursos envolvidos

Recursos Humanos: Investigador, enfermeiros da USF, docente, dirigentes e funcionários da IPSS;

Recursos Físicos: Salas com mesas e cadeiras para apresentação do projeto, reuniões e sessões de educação para a saúde e/ou formação na IPSS e na USF;

Recursos Materiais: Papel para impressão dos questionários que serão preenchidos pelos funcionários, recursos audiovisuais (computadores, projetor, tela, entre outros), carro para deslocação à IPSS.

Recursos financeiros: Os valores despendidos incluem materiais consumíveis, como papel, tinteiro, entre outros. As impressões serão financiadas pelo investigador.

Tempo: As sessões irão decorrer em horário estipulado pela IPSS. O transporte do investigador desde a USF até IPSS fica a cargo do próprio.

6.3 Comunicação, divulgação e monitorização

O projeto foi divulgado na IPSS através de reuniões com a responsável técnica da instituição e na USF com reuniões com os responsáveis da unidade e em reuniões de equipa. Foi feito cartaz de divulgação das sessões que se colocou em locais visíveis na IPSS e que foi divulgado pela instituição nos meios de comunicação interna.

A monitorização do nosso projeto, tendo presente que, de acordo com Tavares (1990), o processo de planeamento é contínuo e exige a constante monitorização, foi

realizada através de reuniões com a docente orientadora e com o enfermeiro orientador e também com a responsável técnica da IPSS.

7. AVALIAÇÃO DO PROJETO

O planeamento em saúde é um processo contínuo, desta forma, a avaliação surge como "uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. por si só, estabelece um mecanismo de retroação sobre as diversas etapas do processo que lhe são anteriores" (Tavares, 1990:205).

Em relação às atividades previstas todas foram desenvolvidas. Cada uma das sessões de educação para a saúde teve uma média de presenças entre 18 a 23 participantes. A participação dos profissionais de saúde na ação de formação também foi bastante significativa, tendo estado presentes entre 5 a 8 profissionais.

Na fase de avaliação procedeu-se ao segundo momento de aplicação dos questionários junto da população alvo, com o intuito de conhecer e avaliar os conhecimentos adquiridos após a implementação das atividades previstas.

Embora em Portugal, o rastreio do CCR esteja dirigido a uma população dentro da faixa etária dos 50 aos 74 anos, a nossa amostra abarcou inquiridos com idade igual ou superior a 18 anos, sendo que a faixa etária com maior representatividade foi a dos 20 – 40 anos de idade. A inclusão de inquiridos com uma idade inferior considera-se como uma mais-valia, uma vez que promove uma sensibilização antecipada para esta neoplasia numa faixa etária mais jovem.

Tabela 6 – Caracterização Sociodemográfica da amostra em estudo	
VARIÁVEIS	%
Género	
Feminino	94,9
Masculino	5,1
Faixa etária	
18 – 19 anos	1,3
20 – 40 anos	98,7
Nível de escolaridade	
2º Ensino Básico	2,6
3º Ensino Básico	14,1
Ensino Secundário	37,2
Licenciatura	35,9
Mestrado	9,0

O enfermeiro de cuidados de saúde primários constitui-se como um profissional detentor de conhecimentos e competências para promover a saúde e desenvolver estratégias/ações para a prevenção da doença. Este facto em parte é comprovado, quando é questionado, no primeiro momento de inquérito, aos inquiridos se consideravam a informação que possuíam sobre o CCR como suficiente, em que a maioria responde negativamente (75,6%); porém, no segundo momento de inquérito, após a intervenção de enfermagem, a maioria dos inquiridos responde possuir conhecimentos suficientes (61,5%). Este facto, evidencia a

primazia e importância do papel do enfermeiro do ACES, como um elemento ativo e dinamizador da promoção da literacia em saúde.

Tabela 7 – Conhecimento sobre Tipologia da Fonte de informação sobre CCR				
VARIÁVEIS	1º Inquérito		2º Inquérito	
	n	%	n	%
Conhecimento sobre a principal fonte de informação sobre CCR?				
Nenhuma	9	11,5	2	2,6
Comunicação Social	32	41,0	30	38,5
Revistas/Jornais Científicos	6	7,7	3	3,8
Médico de Família	11	14,1	7	9,0
Enfermeiro do CS	1	1,3	20	25,6
Internet	19	24,4	16	20,5
Conhecimento sobre a informação que possui e se a mesma é suficiente?				
Sim	19	24,4	48	61,5
Não	59	75,6	40	38,5

No que se refere à variável acerca dos «Fatores de risco para o CCR», verificou-se em ambos os momentos de inquérito, que a maioria dos inquiridos considerava qualquer um dos fatores apresentados como um fator predisponente para o aparecimento do CCR. Verificou-se em ambos os momentos de inquérito, uma resposta da maioria dos inquiridos de considerar os fatores de risco apresentados como fatores predisponentes para o aparecimento de CCR, conforme a tabela 8, no entanto existiu no 2º momento de aplicação do questionário um aumento significativo na percentagem de pessoas que identificou os vários fatores de risco.

Tabela 8 – Conhecimento sobre os fatores de risco para CCR				
Variáveis	1º Inquérito		2º Inquérito	
	N	%	N	%
Idade ≥ a 50Anos				
Sim	57	73,1	73	93,6
Não	21	29,6	5	6,4
Obesidade				
Sim	61	78,2	74	94,9
Não	17	21,8	4	5,1
Tabagismo				
Sim	62	79,5	76	97,4
Não	26	20,5	2	2,6
Consumo de carne vermelha				
Sim	56	71,8	77	98,7
Não	44	20,2	1	1,3
Reduzida Atividade Física				
Sim	63	80,8	74	94,9
Não	15	19,2	4	5,1
Hereditariedade				
Sim	71	91,0	77	98,7
Não	7	9,0	1	1,3

Quanto à variável «Identificação de sinais/sintomas do CCR», a maioria dos inquiridos responde como principais sintomas a presença de sangue nas fezes, alterações de hábitos intestinais e perda de peso sem razão aparente em ambos os momentos de inquérito. No segundo momento de inquérito, acresce ainda os sintomas como dor abdominal persistente, o cansaço inexplicado e a anemia. Este facto, leva a considerar que os inquiridos adquiriram mais conhecimento por intermédio das sessões de educação para a saúde, uma vez que no segundo momento de inquérito, se evidencia uma redução da percentagem de inquiridos que não associa sintomatologia a esta neoplasia.

Tabela 9 – Conhecimento sobre sinais/sintomas de CCR				
Variáveis	1º Inquérito		2º Inquérito	
	N	%	N	%
Presença de sangue nas fezes	65	83,3	70	89,7
Alterações de hábitos intestinais	52	66,7	71	91,0
Perda de peso sem razão aparente	45	57,7	74	94,9
Dor abdominal persistente	34	43,6	70	89,7
Cansaço inexplicado	31	39,7	65	83,3
Anemia	24	30,8	60	76,9
Perda de Appetite	16	20,5	35	44,9
Sensação de enfartamento	7	9,0	25	32,1
Sem sintomatologia	23	29,6	8	10,3

Quanto à variável «a partir de que idade é recomendado o rastreio», dados apresentados na tabela 10, a maioria dos inquiridos responde nos dois momentos de inquérito que é a partir dos 40-50 anos que se recomenda o rastreio do CCR, com aumento significativo de respostas no 2º inquérito, evidenciando a perceção que estes possuem sobre uma deteção precoce para um diagnóstico e tratamento mais efetivo.

Tabela 10 – Conhecimento sobre a idade recomendada para o início do rastreio

Variáveis	1º Inquérito		2º Inquérito	
	N	%	n	%
20 – 30 Anos	14	17,9	7	9,0
40 – 50 Anos	40	51,3	65	83,3
50 – 60 Anos	23	29,5	5	6,4
Depois dos 70 anos	1	1,3	1	1,3

Dos dados apresentados, evidencia-se que os resultados obtidos no segundo momento de inquérito revelam um maior conhecimento e mais correto sobre os fatores de risco, bem como sobre a sintomatologia associada ao aparecimento do CCR, levando a considerar que o desenvolvimento do projeto, nomeadamente das sessões de educação sobre o tema foi um forte contributo para a aquisição de conhecimentos.

Sabemos que mais do que ouvir informação, importa adquirir e integrar essa mesma informação e ser capaz de a aplicar no quotidiano. A literacia em saúde engloba quatro pontos cruciais:

- O conhecimento básico em saúde, o qual engloba o conhecimento e a sua utilização de comportamentos de promoção, proteção e prevenção da doença;
- O conhecimento de como utilizar os sistemas de saúde;
- O conhecimento no tomar decisões de saúde na escolha e utilização de bens e serviços de acordo com os seus direitos de consumidor;
- O conhecimento da decisão informada na esfera política, conhecimento dos seus direitos, participação na defesa de questões de saúde. (Entidade Reguladora da Saúde)

Conscientes disso foi possível promover um diálogo durante as sessões de educação para a saúde de forma a transmitir confiança na informação, de uma forma simples, isenta de terminologia médica, usando imagens para esclarecimento, distribuindo flyers com linguagem acessível, proporcionando também a possibilidade de escutarem um testemunho de uma doente que nesta altura se constitui como um exemplo do que a literacia em saúde e o exercício da cidadania em saúde podem contribuir para uma vida com qualidade mesmo na doença. Assim consideramos que os nossos resultados demonstram aquisição de maior

conhecimento sobre o cancro colon retal, embora não tenhamos obtido, até por limitações de tempo, dados comportamentais.

Ao avaliarmos este projeto constatamos que conseguimos realizar as atividades que nos propusemos, realizando até uma sessão de educação para a saúde à população idosa da IPSS, sessão que inicialmente não estava prevista, mas que ajudou alguns idosos com CCR, ou com familiares com CCR, a conhecer melhor esta patologia e a tomar decisões mais informadas.

Assim os nossos resultados nos **indicadores de atividade** são os seguintes:

- Foram realizadas as 3 reuniões previstas de orientação com a docente orientadora e com o enfermeiro supervisor - 100%
- Realizadas duas das três reuniões previstas com a Diretora da IPSS – 67%
- Realizadas quatro sessões de educação para a saúde na IPSS, nas quais foram distribuídos questionários, um no início da sessão e outro no final, para avaliação dos conhecimentos adquiridos durante as sessões. – 100%
- Realizada uma sessão de educação para a saúde para idosos da IPSS não programada inicialmente
- Foi elaborado um folheto informativo sobre o CCR e os recursos de apoio existentes que foi distribuído – 100%
- Realizada uma sessão com testemunho de uma doente e divulgação de associação de apoio – sessão realizada após o término do estágio – 100%
- Sessão de formação sobre a temática aos profissionais de saúde da USF – 100%
- Criado e aplicado um questionário para entrega no início e final de cada sessão, para perceção e validação de conhecimentos adquiridos nas sessões de educação para a saúde – 100%

Quanto aos nossos objetivos consideramos ter contribuído para promover a literacia em saúde da nossa população alvo do projeto, visto os resultados do questionário após o término das atividades evidenciarem melhorias significativas nos conhecimentos dos inquiridos sobre o CCR.

8. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Com o decorrer dos estágios, foi possível confirmar a pertinência da prevenção primária com vista à modificação de hábitos relacionados com o estilo de vida pouco saudáveis da população. O proporcionar informação à população através de campanhas para educação para a saúde, vem permitir aumentar conhecimentos sobre os estilos de vida saudável, bem como o impacto das medidas de prevenção e controlo de um estilo de vida saudável.

Durante a preparação operacional das sessões de formação, foi diagnosticado a necessidade de apresentar uma sessão de formação aos idosos residentes num dos equipamentos da IPSS. Realizou-se com a colaboração das coordenadoras da IPSS; foi uma apresentação sucinta, na qual se gerou um debate de ideias e experiências vividas por parte dos idosos. Esta sessão permitiu falar sobre o que é o CCR, os sinais de alerta, a importância da alimentação, a mobilidade física, entre outros.

Durante o Estágio na USF foi-me permitido desenvolver também a minha ação na área da prestação de cuidados aos indivíduos e famílias nos diversos programas de saúde existentes, nomeadamente:

- visitas domiciliárias para cuidados curativos,
- consultas de enfermagem em saúde, infantil, saúde materna e planeamento familiar,
- cuidados curativos na unidade,
- participação no programa de vacinação,
- consultas de enfermagem em saúde do adulto.

Participei também nas reuniões de equipa sempre que me foi dada oportunidade. Os períodos de Estágio permitiram-me ter uma ideia muito concreta da intervenção do enfermeiro nos cuidados de saúde primários e do impacto positivo na vida das pessoas que a sua ação pode ter. A continuidade de cuidados, o trabalho em equipa, a visão integradora dos cuidados e as parcerias que têm de ser feitas com as famílias e instituições da comunidade deram-me uma visão positiva do trabalho do enfermeiro nos cuidados de saúde primários e da relevância da ação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública nesse contexto.

9. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

No término da elaboração do Relatório de Estágio, importa refletir acerca das competências adquiridas ao longo deste mesmo período. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro especialista distingue-se pelas competências específicas adquiridas e desenvolvidas que atribuem uma elevada capacidade de resposta adequada às necessidades de pessoas, grupos ou comunidades (Regulamento n.º348/2015, de 19 de junho).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, 2019:1, *o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (...) assume um conhecimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde. (...) Adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e "empowerment" das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.*

A Ordem dos Enfermeiros salienta **quatro domínios das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas** “*responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais*”. (Regulamento 140/2019 Competências comuns do enfermeiro especialista. Portugal: Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019). Durante o decorrer do estágio final e as atividades desenvolvidas, permitiram a aquisição das competências comuns do enfermeiro Especialista.

No domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio tiveram por base uma prática profissional e ética, preservando o Código Deontológico da profissão, o respeito pelos direitos humanos, bem com a responsabilidade profissional.

Deste modo, as tomadas de decisão ocorreram sempre em equipa, e por esse motivo eram realizadas reuniões periódicas no contexto de agendamento das sessões de formação,

em específico no projeto de intervenção. Permitindo assim tomadas de decisão conscientes, imparciais, perante as opções disponíveis. Em todas as sessões foi mantida a privacidade e anonimato dos intervenientes, mantendo a confidencialidade dos dados fornecidos e trabalhados. Em todas as intervenções, ocorreram sobre um consentimento informado prévio às atividades, sempre com a possibilidade de desistência da participação, respeitando as crenças e valores de cada um.

Segundo o Plano Nacional de Saúde, a qualidade no setor da saúde, “*significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas*”. (DGS, 2015b, p.16)

Em relação ao **domínio da Melhoria da Qualidade**, foram consultadas e respeitadas as normas orientadoras da instituição, foi feita pesquisa bibliográfica para uma atuação pertinente e fundamentada. Durante a realização das atividades, procurou-se discutir ideias e estratégias com vista à melhoria dos programas e melhoria da qualidade das intervenções dos enfermeiros na comunidade.

As competências do **domínio da gestão dos cuidados** foram adquiridas através da integração na equipa multiprofissional, pela gestão das sessões com os vários colaboradores. Apresentando os resultados as pesquisas, das atividades desenvolvidas, mantendo sempre a motivação das equipas na continuidade do projeto.

Nas atividades desenvolvidas na unidade de saúde familiar, em colaboração com a equipa multiprofissional, não existiu liderança durante as atividades, pois as mesmas já se encontravam organizadas e geridas pelos elementos das equipas. Contudo perante a realização do projeto de intervenção as atividades foram organizadas e coordenadas, adaptando aos recursos disponíveis, assumindo um papel de liderança durante a realização do mesmo.

Em relação à aquisição de competências do domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, houve uma grande necessidade de empenho pessoal e profissional ao nível da aquisição de conhecimentos. Este processo implicou uma vasta pesquisa

bibliográfica, por forma a ganhar conhecimento, podendo fundamentar na prática, visto vir de uma área de Enfermagem tão distinta daquela onde habitualmente desempenha funções.

A diversidade de programas e projetos, realizados em áreas tão distintas, desde o trabalho para a preparação para a maternidade, com crianças, os jovens e os adolescentes e com os idosos. Estas áreas possibilitaram uma vasta aquisição de conhecimentos e competências, permitindo harmonizar comportamentos e cuidados, permitindo um desenvolvimento profissional e pessoal ao longo deste percurso.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, “*são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas*” (Regulamento 140/2019 Competências comuns do enfermeiro especialista. Portugal: Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019).

Segundo o regulamento publicado em Diário da República, **as competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são:** “*Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*”; “*Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*”; “*Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde*”; e “*Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico*” (Diário da República, 2.ª série, N.º 135, 16 de julho de 2018, Regulamento n.º 428/2018).

Em relação à competência de **Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**, a mesma foi realizada na totalidade. Foi efetuado um estudo diagnóstico de saúde da população e da comunidade abrangida pela unidade na qual foi realizado o estágio. Este diagnóstico teve por base os determinantes de saúde que influenciam a comunidade, dados demográficos, sociais e indicadores epidemiológicos. Foram pesquisados vários documentos de forma a identificar as reais necessidades de saúde e prioridades de intervenção, como o Diagnóstico Social, realizado anualmente pela Câmara Municipal de Almada, o Plano de Ação da USF, o Relatório de Atividades, bem como os dados sociodemográficos descritos nos Censos e publicados no site do INE e no PORDATA.

De acordo com as áreas prioritárias de intervenção, foi determinada a prioridade de intervenção na promoção da literacia sobre o Cancro Colon Retal. Assim, e segundo Tavares 1990, com apoio na grelha de análise e em alguns critérios como o “*conhecimento da relação*

entre o problema e o fator de risco; pertinência da implementação de um projeto; e a disponibilidade de recursos”.

Esta deliberação de prioridades, considerada como uma unidade de competência, permitiu chegar a esta área de intervenção prioritária. Depois do diagnóstico de saúde e a determinação de prioridades na comunidade, permitiu definir objetivos reais e selecionar estratégias, criando um projeto de intervenção, o qual foi implementado numa área geográfica do Concelho de Almada. Também foi realizada a avaliação do projeto após a sua implementação e término das atividades estabelecidas.

Segundo dados epidemiológicos recolhidos, os tumores malignos apresentam-se atualmente como um problema grave de saúde pública. Resultantes do envelhecimento e estilos de vida das populações, constituem-se um problema de saúde sobre o qual é necessária e emergente uma intervenção direcionada. Verifica-se na região de Lisboa e Vale do Tejo uma elevada taxa de mortalidade na população de idade inferior a 75 anos de idade de ambos os sexos, segundo estatísticas do INE. (INE, 2016)

Salienta-se ainda que o aumento da literacia da população acerca dos fatores de risco e sintomas associados a esta neoplasia, possuem um efeito protetor contra o desenvolvimento do CCR, devendo este aspeto constituir um eixo prioritário dos cuidados de saúde primários (PNPCDO, 2014).

Deste modo, podemos considerar que esta competência específica foi adquirida durante o estágio com a concretização de um projeto de intervenção com base na metodologia de planeamento em saúde. O projeto resultou da identificação do CCR como problema, e no âmbito mais específico da falta de conhecimento sobre o mesmo identificado na nossa população-alvo.

A seguinte competência específica, **contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**. Esta competência foi realizada com a realização das atividades desenvolvidas com colaboração das equipas multiprofissionais da USF e da IPSS. Esta competência engloba as seguintes unidades: *“Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”*, *“Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem,*

educação, comunicação, e ciências humanas e sociais” e “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”.

Após a realização do diagnóstico da situação de saúde, identificadas as necessidades, foi desenvolvido e implementado o projeto de intervenção, com vista a promover a literacia da população alvo. As sessões de educação para a saúde foram realizadas com o intuito de promover a literacia da população alvo sobre o CCR. Foram também realizadas uma sessão de formação para os profissionais da USF sobre esta neoplasia.

Todas as sessões foram baseadas no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, os quais se revelaram essenciais na fundamentação das intervenções, permitindo-nos incorporar conhecimentos de outras áreas para além da Enfermagem, contribuindo assim para a aquisição desta competência específica.

Quanto à competência específica, **realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.** A mesma foi realizada quando foi efetuado o diagnóstico de situação de saúde, pois realizámos pesquisa epidemiológica específica sobre os fenómenos de saúde/doença da comunidade abrangida para USF, procurando identificar as necessidades de intervenção daquela área geodemográfica, atuando sempre em conformidade com as reais necessidades daquela população. A análise dos dados sociodemográficos, dos indicadores, da prevalência de doença e fenómenos de incidência, permitiu assim a escolha do problema, atuando sempre com vista a alcançar ganhos em saúde.

Em relação às competências de grau de mestre previstas no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, nomeadamente: *possuir conhecimentos e capacidade de resolução de problemas desenvolvidos e aprofundado; saber aplicar os conhecimento; capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas; capacidade para integrar conhecimentos, lidando com questões complexas, desenvolvendo soluções* ; considero que o projeto desenvolvido assim como todo o processo de investigação que o sustenta demonstra que adquiri esta competência . Por outro lado, também se espera que um mestre demonstre *ter capacidade de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios* (Ministério

da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016) o que considero ter demonstrado com a elaboração do artigo durante o estágio e com a elaboração deste relatório.

Considero assim que o curso, os estágios e o relatório me permitiram um desenvolvimento que conduziu à aquisição das competências quer de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, quer às de mestre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas estão relacionadas com a diminuição da qualidade de vida das pessoas afetadas e são identificadas como causa de morte prematura. As repercussões deste fenómeno ao nível do desenvolvimento socioeconómico acontecem, quer pela diminuição significativa de indivíduos ativos, quer pelos custos no tratamento e medidas de suporte.

A problemática de CCR é um problema de saúde de elevada gravidade, associado a índices de prevalência e incidência elevados. Vários estudos indicam que existe um risco aumentado para o desenvolvimento de CCR para indivíduos com comportamentos de risco, relacionados com a dieta, atividade física, consumos de álcool e tabaco e existência de comorbilidades. Além disso, ainda salientam que este risco se encontra aumentado para os indivíduos que possuem doenças de foro gastrointestinal (nomeadamente, doença inflamatória intestinal e colite ulcerosa). Um desses estudos (Freitas, 2002) revela ainda que para uma prevenção eficaz e efetiva do CCR, a deteção precoce e adoção de comportamentos favorecedores de um estilo de vida saudável são as bases fundamentais para a diminuição da mortalidade e morbilidade associada a esta neoplasia; sendo fulcral, a capacitação do indivíduo, família ou comunidade, pelo que a literacia em saúde se assume como estratégia principal para o desenvolvimento da prevenção de CCR.

O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas refere que o rastreio do CCR assume como uma área prioritária e de maior investimento, estando em programas piloto disseminados nacionalmente, de forma a atingir um alargamento geográfico progressivo e solidificado (PNDO, 2017).

Assim com base na metodologia de planeamento em saúde, desenvolvemos durante o nosso estágio o projeto **“Conhecer para prevenir” - Promoção da literacia sobre o cancro colon retal**”, baseando-nos num diagnóstico de situação, que permitiu identificar esta problemática como prioritária. O projeto foi desenvolvido numa IPSS da área geográfica de influência da USF onde realizámos o nosso estágio, tendo como população alvo os seus funcionários.

Para conseguirmos perceber quais os conhecimentos da população alvo sobre a problemática do CCR, foram aplicados dois questionários a uma amostra de conveniência, em

tempos distintos, um no momento do diagnóstico de situação e outro na avaliação do projeto. O estudo sobre os conhecimentos sobre o CCR, apresentou algumas limitações, uma vez que se trata de um estudo transversal, não permitiu o estabelecimento de uma relação causa-efeito entre as diferentes variáveis não tendo, igualmente, permitido, a observação da componente comportamental.

O nosso projeto assentou numa abordagem de prevenção da doença e de proteção e promoção da saúde, baseando-nos na teoria de Nola Pender, através do planeamento, elaboração e realização de ações de educação para a saúde, a fim de consciencializar a população em estudo para a severidade da problemática e promover a literacia em saúde sobre o CCR. Através da realização de sessões de educação para a saúde, foi-nos possível levar até à população conhecimentos sobre o CCR. O nosso objetivo geral foi promover a literacia sobre o cancro colon-retal, e os objetivos específicos: aumentar os conhecimentos sobre o cancro colon-retal e seu impacto individual, familiar e social, aumentar os conhecimentos sobre comportamentos saudáveis no âmbito da prevenção do cancro colon-retal e promover o conhecimento sobre cuidados de suporte e apoio aos doentes com cancro colon rectal. Os resultados obtidos no questionário final permitiram-nos identificar ganhos nos conhecimentos sobre o CCR após a realização das sessões de educação para a saúde, considerando nós que conseguimos atingir, embora de forma parcial, os objetivos a que nos propusemos, contribuindo com este projeto para aumentar a literacia em saúde da nossa população alvo.

Consideramos que este projeto nos permitiu ganhar conhecimentos e consciência da relevância da promoção da saúde. A promoção da saúde surge como matriz essencial para aumentar a literacia em saúde, no sentido de capacitar o indivíduo, família ou comunidade para adoção de comportamentos potenciadores de um estilo de vida saudável. Torna-se assim necessário formar enfermeiros especialistas, capazes de dar resposta às necessidades de cada comunidade, das famílias e das pessoas. Neste sentido, o enfermeiro de cuidados de saúde primários assume-se como profissional de excelência para educar e capacitar o indivíduo, família ou comunidade, visando a mudança de comportamentos de risco e os ganhos em saúde.

Todas as experiências mencionadas ao longo do relatório de estágio, foram facilitadas com o acompanhamento de um enfermeiro especialista no campo de estágio, pois o processo de ensino aprendizagem é um processo complexo que exige um grande conhecimento e prática, e é através dele que o enfermeiro toma decisões e desenvolve ações. Assim sendo

o percurso feito com a supervisão clínica de um enfermeiro especialista na área permitiu-me desenvolver as atividades necessárias para a aquisição das competências previstas para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e mestre em Enfermagem.

Não posso deixar aqui de mencionar que ao longo deste estágio o desenvolvimento do meu projeto numa IPSS também me permitiu conhecer/reconhecer o papel das instituições comunitárias, nomeadamente das IPSS, na promoção da saúde e bem-estar das pessoas, famílias e comunidade e a relevância do trabalho em parceria com estas instituições.

Consideramos de extrema importância continuar a desenvolver pesquisa e projetos de intervenção na área de prevenção de CCR, visto que pode trazer contributos positivos quer para a comunidade e doentes, quer para as equipas de saúde, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no âmbito da prevenção, do diagnóstico e tratamento.

Apraz-me também que o meu empenho no projeto tenha dado frutos de continuidade, visto que foi implementado na USF tendo como público alvo os seus utentes maiores de 18 anos. Continuo a desenvolver aí trabalho, como voluntário, no sentido de dar o meu contributo a um projeto que considero útil para a prevenção e diagnóstico precoce do CCR, pois tal como o título do meu relatório menciona, há que *conhecer para prevenir*.

Em última análise consideramos que o caminho percorrido ao longo destes dois anos no Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nos trouxe uma grande aprendizagem, reflexão e autonomia. Foi neste sentido que decidimos fazer este percurso, consideramos agora ser capazes de prestar cuidados de enfermagem ainda com maior qualidade e com uma preocupação crescente com a pessoa considerando numa abordagem global os vários determinantes que afetam a sua saúde e planeando os nossos cuidados com base num diagnóstico de situação que os tem em conta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L. (2005) - Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 93(1), 91-96. Acedido em <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Benton, S. C., Seaman, H. E., & Halloran, S. P. (2015). Faecal Occult Blood Test-ing for Colorectal Cancer Screening: the Past or the Future. *GI ONCOLOGY*, 17(7), 1–9. Acedido em <http://doi.org/10.1007/s11894-015-0428-2>.

Boogar et al. (2018). The Prediction of Colorectal Cancer Screening Based on the Extended Parallel Process Model: Moderating the Role of Health Literacy and Cancer-Related Empowerment. *International Journal of Cancer Management*, 11(6), 1–9. <https://doi.org/10.5812/ijcm.62539>.

Cravo, M., (2000). Tumores do cólon e do recto. Diagnóstico precoce. ed. *Gastrenterologia clínica*. Lidel

Cope, G. (2013). Understanding smoking and nicotine effects on the gastrointestinal tract. *Gastrointestinal Nursing*, 11(1), 44–48. Acedido em <http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107992103&lang=pt-br&site=ehost-live>.

Despacho n.º 4771-A/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 68, de 7 de abril de 2016

Despacho n.º 8254/2017 - Diário da República, 2.ª série, 21 de setembro — N.º 183, 20788-20789

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2014) Portugal – Doenças oncológicas em números – 2014. Programa Nacional para as doenças oncológicas. Lisboa. Novembro de 2014.

Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2015). Plano Nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. Governo de Portugal. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.

Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2014) Norma nº 003/2014 de 31/03/2014.

Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2012) Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

Figueiredo, A.; Ferreira, L. & Figueiredo, P. (2001). Impacto Psicossocial do Cancro da Mama na Mulher. *Enfermagem Oncológica*. Porto, 17, 22- 27

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. *Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda*.

Forno, S. et al. (2012). O cancro colorretal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portugueses. *GE Jornal Português de Gastreenterologia*, 19(3), 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.jpg.2012.04.010>.

Freitas, D. (2002). *Doenças do aparelho digestivo*, Astrazeneca, Barcarena.

Frisch, Al.; Camerini, L.; Diviani, N.; Schulz, P. (2011). Defining and measuring health literacy: How can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International*, 27:117–126.

Glantz K. (1999). Teoria num relance: um guia para a prática da promoção da saúde. In: Sardinha L, Matos MG, Loureiro I, editores. *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Cruz Quebrada: FMH Edições; 1999. p. 9-55.

Giovannucci E, Rimm EB, Stampfer MJ. (1994) A prospective study of cigarette smoking and risk of colorectal adenoma and colorectal cancer in U.S. men. *J Natl Cancer Inst* 1994; 86:183-91.

Hoffmeister, M et al. (2010). Colorectal tumours are more common in men and smokers. *Nursing Standard*, 25(12), 16–17. Acedido em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=56476071&lang=pt-br&site=ehost-live>.

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.^a Edição. Edições de Saúde. Lisboa.

Kirkegaard, H et al. (2010). Lifestyle factors may reduce risk of colorectal cancer. *Nursing Standard*, 25(15–17), 14. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=57283251&lang=pt-br&site=ehost-live>.

Kolligs, F. T. (2016). Diagnostics and Epidemiology of Colorectal Cancer. *Visceral Medicine*, 32(3), 158–164. Acedido em <http://doi.org/10.1159/000446488>

Kulbok, P., Laffrey, S., & Chitthathairatt, S. (2010). Integração de Abordagens de Múltiplos Níveis para Promover a Saúde da Comunidade. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População* (7ª ed., pp. 331 - 354). Loures: Lusodidacta.

Labianca, R., Nordlinger, B., Beretta, G. D., Mosconi, S., Cervantes, A., & Arnold, D. (2013). Clinical practice guidelines early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up clinical practice guidelines. *Clinical Practice Guidelines*, 24(6), 64–71. Acedido em <http://doi.org/10.1093/annonc/mdt354>

Lieberman, D. (2012). Colorectal Cancer Screening: Practice Guidelines. *Digestive Diseases*, 30(2), 34–38. Acedido em <http://doi.org/10.1159/000341891>

Magalhães, B. (2009) Padrões alimentares e cancro do cólon e do recto. Revisão sistemática com metanálise. In: *Jornadas de Oncologia*. Espinho: IPO-Porto, 2009.235-240.

Miranda, N., & Portugal, C. (2016). Portugal - Doenças Oncológicas em Números – 2015. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. Decreto-Lei n.o 63/2016, 1a série Diário da República (2016). Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

National Institutes of Health (NIH). (2004) – Economics Costs of Health Disparities: Summary of Meeting Proceedings. Bethesda, Maryland: NIH. U.S. Department of Health and Human Services. Center to Reduce Cancer Disparities.

Ordem dos Enfermeiros (2011) Regulamento. n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Diário da República, 2011, p. 8649.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Portugal: Diário da República, 2.ª série, N.º 135, 16 de julho de 2018, Regulamento n.º 428/2018.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento 140/2019 Competências comuns do enfermeiro especialista. Portugal: Diário da República, 2.a série — N.o 26 — 6 de fevereiro de 2019. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>

Organização Mundial de Saúde. [OMS]. (1986) . Carta de Ottawa. Canadá, Ottawa

Paiva et al. (2017). Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Med Port Dec*; 30(12): 861-869. Acedido em <https://doi.org/10.20344/amp.9135>.

Pan, P., Huang, Y.W., Oshima, K., Yearsley, M., Zhang, J., Yu, J., ... Wang, L.-S. (2018). Could Aspirin and Diets High in Fiber Act Synergistically to Reduce the Risk of Colon Cancer in Humans? *International Journal of Molecular Sciences*, 19(1), 166. <http://doi.org/10.3390/ijms19010166>.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). Health promotion in nursing practice. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População* (7ª ed., pp. 331 - 354). Loures: Lusodidacta.

Pereira, M., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi

Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas [PNPCDO]. (2007) - Orientações programáticas. Retrieved from http://www.portaldasaude.pt/NR/rdon-lyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521/0/PNPCDO_2007.pdf.

Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas [PNPCDO]. (2017) - Cancro do cólon e reto, rastreio oportunístico, pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia. Retrieved from http://metis.med.up.pt/index.php/Rastreio_do_cancro_do_c%C3%

Portal de Saúde Pública – Promoção da Saúde (2013). Retried from http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm.

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. (2014) - Avaliação e Monitorização dos

Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional de Portugal Continental - Relatório. Ministério da Saúde.

Sardinha, B., Matos, M. & Loureiro, I (eds.) (1999) Promoção da saúde – Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da atividade física, nutrição e tabagismo; pp.9-55.

Sakraida, T. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In: Tomey, A. M. e Alligood, M. R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed.

Shaukat, A., Dostal, A., Menk, J., & Church, T. R. (2017). BMI Is a Risk Factor for Colorectal Cancer Mortality. *Digestive Diseases And Sciences*, 62(9), 2511–2517. <https://doi.org/10.1007/s10620-017-4682-z>.

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*; 12:80.

Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Ministério da Saúde. Departamento de recursos humanos da saúde- Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Central de impressão do Hospital Dona Estefânia.

Wong, CK., Lam, CL., Poon, JT., McGhee, SM., Law, WL., Kwong, DL., Tsang, J., Chan, P.(2011) – Direct medical costs of care for Chinese patients with colorectal neoplasia: a health care service provider perspective. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 8 p.

Worthley, D., Whitehall, V., Spring, K., & Leggett, B. (2007). Colorectal carcinogenesis: road maps to cancer. *World Journal of Gastroenterology*, 13(28), 37-84.

World Cancer Research Fund. 1997. Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. American Institute for Cancer Research

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário de avaliação da SES

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SES

I. Conhecimentos sobre o cancro colo rectal

1. Considera que ter idade igual ou superior a 50 anos é um fator de risco?
Sim ☐ Não ☐
2. Considera que a obesidade um fator de risco?
Sim ☐ Não ☐
3. Considera que o consumo de tabaco é um fator de risco?
Sim ☐ Não ☐
4. Considera o consumo de dieta rica em carne vermelha um fator de risco?
Sim ☐ Não ☐
5. Considera a baixa atividade física um fator de risco?
Sim ☐ Não ☐
6. Considera um fator de risco ter histórico familiar de infeção intestinal?
Sim ☐ Não ☐

II. Medidas de Prevenção

Sabendo que o cancro colon rectal é uma das neoplasias com maior prevalência no país e na região, assinala as opções que considera como formas de prevenção desta doença:

- ☐ Alimentação equilibrada e variada (rica em frutas e legumes)
- ☐ Evitar o consumo de álcool
- ☐ Estilo de vida sedentário
- ☐ Eliminar o consumo de tabaco
- ☐ Combater o sedentarismo, com prática de atividade física
- ☐ Adesão ao rastreio do Cancro Colon Rectal
- ☐ Consumo moderado de tabaco
- ☐ Consumo moderado de bebidas alcoólicas

Muito obrigada pela sua colaboração!

Enf. Gilberto Martins

APÊNDICE II

Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE ESTÁGIO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento. Se for do seu interesse, solicite cópia.

Título do projeto: Promoção da literacia para a prevenção do cancro colon rectal

Enquadramento: Este projeto é realizado no âmbito Estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem - Ramo Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Mestrado em Associação (Universidade de Évora e Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal).

Explicação do projeto: A realização deste projeto implica a resposta a um questionário pelos funcionários do Centro Paroquial Padre Ricardo Gameiro, no qual irei desenvolver um projeto que tem como objetivo principal promover a literacia sobre o cancro colon rectal e a sua prevenção.

Condições e financiamento: A sua participação é voluntária e não acarreta qualquer prejuízo, pode desistir a qualquer momento de participar. Este trabalho é de âmbito académico e não tem qualquer financiamento.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a total confidencialidade e anonimato dos participantes no projeto, sendo os dados recolhidos para uso exclusivo do mesmo.

Desde já agradeço a atenção que me foi dispensada,

Gilberto Martins

(Enfermeiro da Cirurgia Geral do HGO, EPE; contacto telefónico: 968 686 775, endereço eletrónico: martinz.gilberto@gmail.com)

Assinatura: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste projeto e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para este projeto e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

APÊNDICE III

Sessões de educação para a saúde

```
graph TD; A[OBJETIVO] --> B[Promover o conhecimento sobre o cancro colon retal e a sua prevenção];
```

OBJETIVO

Promover o conhecimento sobre o cancro colon retal e a sua prevenção

CANCRO COLON RETAL

- Cancro do intestino: colon e reto
- É a principal causa de mortalidade por tumor maligno
- É o cancro mais comum nos homens (tal como o cancro da pele, próstata e pulmão) e nas mulheres (tal como o cancro da pele, pulmão e mama)

CANCRO COLON RETAL

Gráfico - Óbitos por causa de morte e local de residência (Área Metropolitana de Lisboa), no ano 2016

Município	Tumor (implantado) maligno do cólon	Tumor (implantado) maligno do recto
Almada	4	4
Amadora	60	57
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10
Almada	10	10

■ Tumor (implantado) maligno do cólon
■ Tumor (implantado) maligno do recto
■ Tumor (implantado) maligno do cólon e do recto
■ Tumor (implantado) maligno do cólon e do recto

CANCRO COLON RETAL

```
graph TD
    subgraph "FATORES DE RISCO"
        subgraph "Não Modificáveis"
            R1[Idade]
            R2[Gênero]
            R3[Pessoas com antecedentes neoplásicos]
            R4[História familiar de neoplasia]
            R5[Polipose Adenomatosa Familiar (PAF)]
            R6[Doença gastrointestinal]
        end
        subgraph "Modificáveis"
            R7[Alimentação rica em gorduras e açúcares]
            R8[Estilo de vida]
            R9[Sedentarismo]
            R10[Obesidade]
            R11[Hábitos tabágicos]
            R12[Hábitos alcoólicos, entre outros]
        end
    end

    subgraph "FATORES PROTETORES"
        P1[Ausência de hábitos tabágicos]
        P2[Atividade física durante pelo menos 30 minutos]
        P3[Consumo de álcool reduzido]
        P4[Perímetro abdominal feminino inferior a 88 cm e masculino inferior a 102 cm]
        P5[Consumo de uma dieta equilibrada, variada e rica em vegetais]
    end

    Kirkegaard["Kirkegaard H. et al (2010); Pan, P. et al. (2017)"]
```

FATORES DE RISCO

Não Modificáveis

- Idade
- Gênero
- Pessoas com antecedentes neoplásicos
- História familiar de neoplasia
- Polipose Adenomatosa Familiar (PAF)
- Doença gastrointestinal

Modificáveis

- Alimentação rica em gorduras e açúcares
- Estilo de vida
- Sedentarismo
- Obesidade
- Hábitos tabágicos
- Hábitos alcoólicos, entre outros

FATORES PROTETORES

- Ausência de hábitos tabágicos;
- Atividade física durante pelo menos 30 minutos;
- Consumo de álcool reduzido;
- Perímetro abdominal feminino inferior a 88 cm e masculino inferior a 102 cm;
- Consumo de uma dieta equilibrada, variada e rica em vegetais.

Kirkegaard H. et al (2010); Pan, P. et al. (2017)

COMO PREVENIR

Promoção dos Fatores Protetores

Adesão ao rastreio do CCR

COMO PREVENIR

ADOPÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL



Alimentação equilibrada e variada
(rica em frutas e legumes)



Evitar o consumo de álcool

COMO PREVENIR

ADOPÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL



Eliminar o consumo de tabaco



Combater o sedentarismo, com a
prática de atividade física

COMO PREVENIR

Objetivos do Rastreio

- Diminuir a mortalidade por cancro do cólon e reto;
- Diminuir a incidência do cancro invasivo;
- Garantir diagnóstico e tratamento precoce das situações detetadas;

COMO PREVENIR

Rastreio

- ▶ 50 – 74 anos
- ▶ Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) de 2 em 2 anos
- ▶ Gratuito
- ▶ Diagnóstico positivo → Gastrenterologia

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉvORA
Faculdade de Enfermagem

Associação de Enfermeiros de Portugal
Associação de Enfermeiros de Saúde

IPS
Instituto Português de Saúde

IPS
Instituto Português de Saúde

IPS
Instituto Português de Saúde

IPS
Instituto Português de Saúde

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

DISCENTE
Gilberto Martins

ENFª. ORIENTADOR
Luís Pacheco

DOCENTE ORIENTADOR
Prof. Dr.ª Ana Paula Gato





- Alimentação rica em gorduras e açúcares
- Estilo de vida
- Sedentarismo
- Obesidade
- Hábitos tabágicos
- Hábitos alcoólicos

- Ausência de hábitos tabágicos;
- Atividade física durante pelo menos 30 minutos;
- Consumo de álcool reduzido;
- Perímetro abdominal feminino inferior a 88 cm e masculino inferior a 102 cm;
- Consumo de uma dieta equilibrada, variada e rica em vegetais.

Kirkegaard H. et al (2010); Pan, P et al. (2017)

Adesão ao rastreio do CCR

COMO PREVENIR

ADOPÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL



Alimentação equilibrada e variada (rica em frutas e legumes)



Evitar o consumo de álcool

COMO PREVENIR

ADOPÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL



Eliminar o consumo de tabaco



Combater o sedentarismo, com pratica de atividade física

COMO PREVENIR

Objetivos do Rastreio

- Diminuir a mortalidade por cancro do cólon e reto;
- Diminuir a incidência do cancro invasivo;
- Garantir diagnóstico e tratamento precoce das situações detetadas.

COMO PREVENIR

Rastreio

- 50 – 74 anos
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) de 2 em 2 anos
- Gratuito
- Diagnóstico positivo → Gastrenterologia

SINAIS / SINTOMAS



Alterações de Hábitos Intestinais

Diarreia, obstipação ou sensação de que o intestino não esvazia completamente



Desconforto Abdominal Generalizado

Gases, inchaço, enfartamento e/ou cáibras

SINAIS / SINTOMAS



Náuseas e/ou Vômitos


Indisposição, náuseas ou dores de estômago que pode resultar em vômito



Sangue nas Fezes


Sangue vermelho vivo ou escuro nas fezes, com fezes menos consistentes
Sangue oculto na fezes

SINAIS / SINTOMAS



Perda inexplicada de peso

Perda significativa de peso sem causa aparente; habitualmente primeiro sinal perceptível da doença

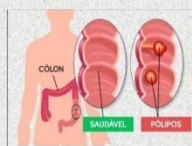


Cansaço constante

Sensação de desgaste, cansaço, fraqueza, com perda de energia significativa e maior dificuldade para a realização das tarefas do dia-a-dia

DIAGNÓSTICO

- Pesquisa de sangue oculto nas fezes
- Colonoscopia /Sigmoidoscopia
- Clister opaco com duplo-contraste
- Toque Rectal



TRATAMENTO

- Cirúrgico
- Estoma
- Radioterapia ou Quimioterapia
- Terapêuticas Dirigidas



Prevenção do cancro colon-retal

Mestrado em Enfermagem
em Associação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Faculdade de Ciências da Saúde

SAÚDE
Instituto de Saúde Pública

IPS
Instituto de Saúde Pública

USP
Universidade de São Paulo

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Conhecer para prevenir
Prevenção do cancro colon-retal

DISCENTE
Enfº Gilberto Martins

ENFº. ORIENTADOR
Luís Pacheco

DOCENTE ORIENTADOR
Prof. Dr.ª Ana Paula Gato

CENTRO SOCIAL PARÓQUIA
PADRE RICARDO GAMEIRO
LÍNGUA PORTUGUESA

USP
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA PREVENÇÃO DO CANCRO



***Prevenir vale mais que remediar!
Informe-se sobre a prevenção do cancro colon retal!***

29 de Novembro de 2018 | 14h30

Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM
CIEE

INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
IIS

ES
Escola Superior de Saúde
Enfermagem

IPS
Instituto Português de Oncologia
Instituto Português de Oncologia

Escola Superior de Saúde
Escola Superior de Saúde
Dr. Eugénio Dias

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL
**PADRE RICARDO
GAMEIRO**
COVA DA PIEDADE

USF
S. JOÃO DO PRAGAL

ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA PREVENÇÃO DO CANCRO

Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro

03, 05 e 17 de Janeiro de 2019 | 14h30

PREVENIR VALE MAIS QUE REMEDIAR!

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA POLITÉCNICA DE ENFERMAGEM



Centro Social
Saúde



Local
Saúde



IPS



Associação Paroquial do Centro Social
Espaço Superior de Saúde
Dr. Eugénio Dias



CENTRO SOCIAL PAROQUIAL
PADRE RICARDO
GAMEIRO
COVA DA PIEDADE



USF

S. JOÃO DO PRAGAL
SERVIÇOS DE SAÚDE

Diagnóstico Precoce

O diagnóstico precoce passa pela realização de exames para a detecção precoce de pólipos ou lesões no cólon e recto.

As recomendações internacionais recomendam o início do diagnóstico precoce a partir dos 50 anos. Contudo, o momento certo depende do risco individual de cada pessoa de desenvolver a doença, pelo que deverá ser o seu médico a avaliar o seu caso concreto e determinar quando iniciar esta rotina.

Normalmente são utilizados 3 tipos de exames para o diagnóstico precoce do cancro do cólon e recto:

- Colonoscopia
- Sigmoidoscopia
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes

ADIRA AO RASTREIO!



2º Curso de Mestrado em Enfermagem - Ramo Comunitária e de Saúde Pública em Associação entre a Universidade de Évora e os Institutos Politécnicos de Beja, Portalegre e Setúbal



Autor: Enf. Gilberto Martins
Enfermeiro Orientador: Luís Pacheco
Docente Orientadora: Prof. Dra. Ana Paula Gato

PREVENÇÃO DO CANCRO COLON-RETAL



Conhecer para prevenir

29 de Novembro de 2018 | 14h30
03 e 17 de Janeiro de 2019 | 14h30

Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro

Cancro Colon-Retal

O cancro do cólon e reto começa frequentemente num pólipo que é um crescimento anómalo de tecido epitelial na parede do intestino.

Nem todos os pólipos se transformam em cancro. Os pólipos podem ser removidos antes de malignizarem. Se forem identificadas células malignas no pólipo removido, o doente pode ficar curado se as células não invadiram outras camadas do órgão.

Quando os pólipos não são removidos e sofrem transformação em cancro podem invadir as várias camadas do órgão e podem disseminar-se pelo organismo.

Epidemiologia

O cancro do cólon e recto é o 3º cancro mais comum a seguir ao cancro da mama e da próstata, com uma taxa de incidência acima dos 30 casos por 100.000 habitantes em Portugal, afectando mais os homens do que as mulheres.

Factores de Risco

- Idade;
- Pólipos colo-rectais;
- História familiar de cancro colo-rectal;
- Alterações genéticas;
- História pessoal de cancro colo-rectal;
- Doença de Crohn ou colite ulcerosa;
- Dieta;
- Tabaco.



Sintomas

- Alteração dos hábitos intestinais;
- Diarreia, obstipação ou sensação de que o intestino não esvazia completamente;
- Sangue nas fezes;
- Fezes menores que o habitual;
- Desconforto abdominal;
- Perda de peso inexplicável;
- Cansaço constante;
- Náuseas e vômitos.

Prevenção do Cancro Colon-Retal

A prevenção do cancro colon retal passa fundamentalmente pela adopção de hábitos saudáveis

- Aderir às consultas de acompanhamento médico (no caso de patologias já diagnosticadas);
- Alimentação equilibrada e variada (rica em frutas e legumes);
- Reduzir o consumo de álcool;
- Diminuir o consumo de tabaco;
- Combater o excesso de peso e o sedentarismo;
- Praticar de exercício físico.

**Cuide da sua Saúde!
Previna-se!**

APÊNDICE IV

Cronograma das atividades

ANO 2018/ 2019																												
Meses/ Semanas	Maio		Junho		Julho		Agosto	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				
					1ª	2ª						1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	
Reunião de Estágio																												
Diagnóstico da Situação																												
Pesquisa de temas Pertinentes a Desenvolver	Sempre que seja necessario e oportuno																											
Pesquisa Bibliografica																												
Apresentação/ Organização de Estagio																												
Reunião com Orientadora de estagio e Enf.º Orientador																												
Reunião com representante da IPSS																												
Pedido de autorização																												
Aplicação de questionarios e consentimento informado																												
Realização do artigo																												
Realização do projeto																												
Reunião com a escola para balanço do projeto																												
Reunião na IPSS para aplicação de atividades																												
Sessões de educação para a saúde																												
Formação aos Enfermeiros																												
Apresentação de resultados na USF São João do Pragal																												

APÊNDICE V

Pedido de autorização ao Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro

Exmo. Senhor. Presidente do Centro Paroquial Padre Ricardo Gameiro
Sr. Padre José Gil de Borja Pinheiro Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de intervenção no âmbito Estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem - Ramo Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Mestrado em Associação (Universidade de Évora e Institutos Politécnicos de Beja, Portalegre e Setúbal).

Área de Intervenção do Projeto: Prevenção do cancro colon-retal

Instituição onde decorre o Estágio – ACES Almada-Seixal

Gilberto Manuel Gonçalves Martins, enfermeiro, na qualidade de estudante do citado Mestrado em Enfermagem, vem por este meio, solicitar a Vossa Exa., autorização para realizar no Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro, o projeto supracitado.

Irei desenvolver um projeto cuja área problemática em estudo é a prevenção do cancro colorretal, e tem como objetivo principal promover a literacia da população-alvo sobre este tipo de cancro e a sua prevenção. O projeto de intervenção prevê a entrega de questionários aos funcionários da sua instituição, que para tal se predisponham, garantindo a total confidencialidade e anonimato dos participantes no projeto, sendo os dados recolhidos para uso exclusivo do estudo, utilizados como objeto de tratamento, análise e interpretação.

Posteriormente, se me for concedida a vossa autorização, realizaria atividades que permitissem aumentar a literacia sobre esta doença.

Mais informo que este projeto decorre sobre orientação da Profª Doutora Ana Paula Gato, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e do Enfª Luís Pacheco do ACES Almada Seixal. Anexo o questionário previsto.

Desde já, agradeço a atenção que me foi dispensada aguardando a vossa disponibilidade.

Com os meus melhores cumprimentos,

Almada, 25 de Maio de 2018

(Gilberto Martins)

APÊNDICE VI

Pedido de parecer à Comissão de Ética da ESS/IPS

Ex^o Sr. Presidente da Comissão de Ética

da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Assunto: Pedido de parecer para a realização do projeto de intervenção inserido no âmbito da unidade curricular de Estágio Final do 2º ano, 3º semestre, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem - área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Título do Projeto: **“CONHECER PARA PREVENIR” - PROMOÇÃO DA LITERACIA SOBRE O CANCRO COLON RETAL**

Eu, Gilberto Manuel Gonçalves Martins, na qualidade de estudante do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, venho por este meio, solicitar a Vossa Exa., parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sobre o projeto de intervenção no Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro, no concelho de Almada, no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O projeto tem como tema a Prevenção do cancro colo retal e como objetivo geral promover a literacia sobre este tipo de cancro e a sua prevenção.

O projeto de intervenção prevê a realização de questionários, aplicados à população-alvo, garantindo a total confidencialidade e anonimato dos participantes no projeto, sendo os dados recolhidos para uso exclusivo do mesmo, utilizados como objeto de tratamento e análise.

Anexo os documentos solicitados.

Desde já, agradeço a atenção que me foi dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Enf^o. Gilberto Martins


Contacto telefónico: 968 686 775

Endereço Eletrónico: martinz.gilberto@gmail.com

ANEXOS

ANEXO I

Autorização do projeto na IPSS



CENTRO SOCIAL PAROQUIAL
**PADRE RICARDO
GAMEIRO**
COVA DA PIEDADE

Rua Ramiro Ferrão, 58
Cova da Piedade
2805-348 Almada
email: info@cparoquial-covapiedade.pt
telefone 212 720 140 | 959 450 940
www.cparoquial-covapiedade.pt

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Cova da Piedade, 12 de junho de 2018

Profª Doutora Ana Paula Gato,


Com os nossos mais respeitosos cumprimentos por V. Exª., vimos pela presente autorizar a realização do projeto de intervenção no âmbito do Estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Mestrado em Associação (Universidade de Évora e Institutos Politécnicos de Beja, Portalegre e Setúbal), solicitado pelo Sr. Enf.º Gilberto Manuel Gonçalves Martins na qualidade de estudante do citado Mestrado em Enfermagem.

Sem mais, gratos pela atenção dispensada, despedimo-nos de V. Exa. com toda a consideração.

um amigo,

O Presidente da Instituição
(Pe. José Gil de Borja Pinheiro Ribeiro)

NIF 500 867 712 | Pessoa Coletiva de Utilidade Pública D.R. 44/73 - Suplemento III Série



Residência Nossa Sra. da Esperança
T 212 720 140 | 959 450 940

Bairro N. Sra. da Piedade | O Berço
T 212 725 720 | 959 450 949

Bairro N. Sra. da Piedade | A Nossa Creche
T 212 730 902 | 957 897 529

Centro Comunitário Renascer
T 212 509 191 | 959 430 946

Jardim Infantil da Romeira
T 212 769 052 | 959 450 895

Centro Comunitário Cova da Piedade / Laranjeiro
Centro de Acolhimento "Regaço Materno"
T 212 588 560 | 959 430 689

Armazém
T 212 588 568 | 959 430 941

Creche e Jardim de Infância da Ramalha
Centro de Documentação
T 212 739 530 | 954 476 252

Casa de S. Paulo
T 212 740 535 | 968 651 704

ANEXO II

Parecer favorável da Comissão de Ética da ESS/IPS



COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer nº40/PA/2019

SOLICITAÇÃO

Pedido de parecer sobre o Projeto de Intervenção em Estágio "Conhecer para Prevenir" – Promoção da Literacia sobre o Cancro Colon-Retal. Este projeto está inserido no âmbito da unidade curricular do 2º ano, 1º semestre, do 2º Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem - Ramo Comunitária e de Saúde Pública em associação com a Universidade de Évora e os Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal. O projeto é submetido pelo estudante, Gilberto Manuel Gonçalves Martins, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Gato e do Enfermeiro Supervisor, Enfermeiro Luís Pacheco.

DOCUMENTAL

1. Requerimento de parecer dirigido à CEEI
2. Dossier de submissão - com sinopse do estudo: breve enquadramento do estudo e objetivos; metodologia e questões éticas; cronograma e referências bibliográficas.
3. Formulário de consentimento informado e instrumento de recolha de dados
4. Pedido de autorização para a realização do projeto à IPSS e, autorização do Centro Social Padre Ricardo Gameiro, Cova da Piedade, para a realização do projeto de intervenção.

ANÁLISE E PARECER

Genericamente, o pedido de parecer em causa é claro, contém os elementos necessários para a sua apreciação e cumpre os requisitos éticos, nomeadamente a proteção dos direitos dos participantes no estudo. Assinalam-se, contudo, aspetos que devem merecer revisão por parte do requerente:

1. A carta explicativa está incluída no formulário de consentimento informado, sendo que não é mencionada a orientação científica do estudo.
2. No questionário, repetindo-se a informação ao participante, apresentam-se duas nomenclaturas «Tutor/Orientador» quando deverá constar a adotada pelo curso;
3. Sugere-se a utilização de contato de email institucional nos contatos divulgados aos participantes.
4. Sugere-se a inclusão do tempo previsto de resposta (a dispendir no preenchimento) e a remoção da «Bibliografia» do questionário.

Em conclusão, consideramos que o estudo preenche, na generalidade, os requisitos éticos, com preocupações relativas à proteção dos direitos dos participantes do estudo.

23 de janeiro de 2019

Pla CEEI-ESSIPS

Luís Pacheco